



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**LESÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS
COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.
REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

LAURA LEIRAS CARDOSO

OUTUBRO 2019

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Laura Leiras Cardoso

LESÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS. REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Dissertação

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Clara de Araújo

Outubro de 2019

RESUMO

O aumento da longevidade à escala mundial constitui um dos maiores desafios da atualidade, dos quais se destacam a adequação do sistema da prestação de cuidados sociais face à dependência na velhice. A prestação de cuidados no domicílio tem-se revelado uma aposta em ascensão ao nível das políticas sociais dirigidas à população idosa. Existindo cada vez mais a oferta destes cuidados, por parte de Instituições Particulares de Solidariedade Social, dever-se-á também dedicar maior atenção às questões de prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho neste setor.

Delineou-se como objetivos gerais do estudo: analisar as posturas adotadas pelas participantes aquando dos posicionamentos e transferências dos utentes, no domicílio e promover mudanças a esse nível. Para a realização deste trabalho, optou-se por uma metodologia de investigação-ação, realizada com uma população constituída por 12 Assistentes Operacionais, de um Serviço de Apoio Domiciliário de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, do Alto Minho. Os dados foram recolhidos com recurso a um Questionário Sociodemográfico e Clínico; captura de imagens fotográficas sobre posturas adotadas durante o posicionamento e transferências de utentes; formação em grupo e individual durante as atividades mencionadas anteriormente para esclarecer e aprofundar conhecimentos, finalizando-se com a avaliação ergonómica e postural recolhida através do preenchimento de uma Grelha de Análise de Práticas Ergonómicas, e aplicação de Questionário de Avaliação da Formação.

Os resultados da investigação evidenciaram que estes profissionais apresentam uma multifatorialidade de riscos de desenvolverem LMERT, destacando-se os fatores de natureza física e biomecânica, relacionados com as posturas adotadas durante os cuidados, e de natureza individual relativos à escassez de formação para a função que desempenham. Assim, perante a necessidade de implementar estratégias mais eficazes, que produzam melhores resultados, sugere-se a implementação de planos de formação enquanto momento de reflexão em equipa, com reciclagem periódica e a contratação sempre que possível de profissionais qualificados para a função.

Palavras-chave: Lesões por Esforços Repetitivos; Visita Domiciliar; Ergonomia; Postura; Enfermagem de Reabilitação;

ABSTRACT

Increasing longevity around the world is one of today's biggest challenges, including adjusting the welfare system to depend on old age. The provision of home care has shown to be a growing bet at the level of social policies directed at the elderly population. This care is increasingly being offered by Private Social Solidarity Institutions, and greater attention should be devoted to the prevention of work-related musculoskeletal injuries in this sector.

The general objectives of the study were outlined: to analyze the attitudes adopted by the participants when positioning and transfer users, at home, and to promote changes at this level. We opted for an action research methodology, conducted with a population of 12 operational assistants, from a Home Support Service of a Private Social Solidarity Institution in Alto Minho. Data were collected using a Sociodemographic and Clinical Questionnaire; Capture photographic images of postures adopted during mobilization, positioning and transfer of users; group and individual training during the mentioned activities to clarify and deepen the knowledge, ending with an ergonomic and postural assessment collected by completing an Ergonomic Behavior Analysis and Practice Grid, and applying the Training Assessment Questionnaire.

The results of the investigation showed that these professionals have a multifactorial risk of the development work-related Musculoskeletal Disorders, highlighting the physical and biomechanical factors related to postures adopted during service and the individual nature related to the lack of training for a function they perform.

Thus, given the need to implement more effective strategies that produce better results, it is suggested the implementation of training plans as a time for team reflection, periodic retraining and hiring qualified professionals whenever possible of professionals used for the functions.

Keywords: repetitive-motion injuries, house calls ergonomics, posture, nursing rehabilitation.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho só foi possível graças ao contributo de algumas pessoas, que me apoiaram e incentivaram na prossecução dos meus objetivos; expresso-lhes, assim, a minha gratidão pois foi graças a todas elas que consegui concluir mais uma etapa do meu percurso académico e profissional.

Quero ainda agradecer de uma forma especial:

À Professora Doutora Clara de Araújo, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo destes anos, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes durante a orientação.

À Enfermeira Lurdes Araújo e à Dr^a Ana São João, pela envolvimento de ambas e importância que atribuíram a este estudo.

À IPSS, Direção-Técnica, por possibilitar a implementação do estudo.

Às Assistentes Operacionais, pela disponibilidade e interesse em partilhar esta experiência comigo.

Por fim, mas não menos importantes, à minha família, pelo suporte e incentivo ao longo deste percurso de quatro anos, que culmina agora com este estudo.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AO – Assistentes Operacionais

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LMERT – Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MMD – Movimentação Manual de Doentes

n.º - número

OE – Ordem do Enfermeiros

p. – página

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SST – Saúde e Segurança no Trabalho

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
SIGLAS/ABREVIATURAS.....	iv
INTRODUÇÃO.....	5
CAPÍTULO I – O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO – UM SERVIÇO DE PROXIMIDADE	9
1. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	10
1.1. OBJETIVOS DO SAD	13
2. O SAD E O DOMICÍLIO DOS UTENTES	14
CAPÍTULO II – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, ERGONOMIA E PREVENÇÃO DE LMERT NOS PROFISSIONAIS DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	16
1. DA DEFINIÇÃO DE LMERT À CONTEXTUALIZAÇÃO NO TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	17
2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	21
3. PREVENÇÃO DAS LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E DA ERGONOMIA	24
4. ASPECTOS ERGONÓMICOS DA PRÁTICA EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	30
CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO	37
1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
2. TIPO DE ESTUDO	39
3. CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	40
4. ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS	42
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	46
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	50
1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	51
1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO.....	51
1.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA POPULAÇÃO.....	54

2. PRÁTICAS ERGONÓMICAS ADOTADAS PELAS ASSISTENTES OPERACIONAIS	60
3. RESULTADOS DA GRELHA DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS ERGONÓMICAS.....	69
4. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO	75
CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	94
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	95
APÊNDICES	97
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSISTENTES OPERACIONAIS)	98
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	101
APÊNDICE III– PLANEAMENTO DA SESSÃO DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL EM CONTEXTO REAL	106
APÊNDICE IV – PLANEAMENTO SESSÃO FORMATIVA	108
APÊNDICE V- SESSÃO FORMATIVA	111
APÊNDICE VI– PANFLETO “ASPETOS GERAIS DO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS”	114
APÊNDICE VII- PANFLETO “ALONGAMENTOS”	116
APÊNDICE VIII – GRELHA DE ANÁLISE DE PRÁTICAS ERGONÓMICAS.....	118
APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	120
APÊNDICE X- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DA IPSS.....	124
APÊNDICE XI – CONSENTIMENTO INFORMADO (FAMÍLIAS)	127

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Etapas Metodológicas e Estratégias de Recolha de Dados	46
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Roupa e calçado	61
Figura 3 - Cama sem sistema de travagem.....	62
Figura 4 – Sistema elevatório em altura	62
Figura 5- Espaço físico nos domicílios.....	63
Figura 6- Coordenação do par	64
Figura 7- Distância entre a AO e a cama e o utente	65
Figura 8 – Base de apoio da AO.....	65

Figura 9 – Flexão e rotação da coluna da AO	66
Figura 10 – Movimento dos membros inferiores no sentido do movimento a realizar.....	67
Figura 11 – Segurar o utente pelas regiões anatómicas (zona escapular, pélvica e supra cavado poplíteo);	67
Figura 12 - Usar resguardo para movimentar o utente na cama.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Queixas álgicas referidas pelas participantes, por região anatómica, previamente à função de Assistente Operacional (n=3)	54
Gráfico 2 – Queixas álgicas referidas pelas participantes, por região anatómica, após jornada de trabalho (n=9)	55
Gráfico 3- Distribuição das participantes quanto às situações de trabalho em que aplicam os conhecimentos adquiridos após as sessões de formação (n=12).....	75
Gráfico 4 – Distribuição das participantes quanto à intensidade da dor sentida nos últimos sete dias (n=12).....	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos utentes, segundo grau de dependência, pelas equipas de Assistentes Operacionais	41
Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da População (n=12)	53
Tabela 3 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor previamente à função de Assistente Operacional (n=12).....	54
Tabela 4 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor, após a jornada de trabalho (n=9)	55
Tabela 5- Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor) sentida nos últimos sete dias (n=12)	57
Tabela 6 – Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor), por região anatómica (n=12)	57
Tabela 7 – Distribuição das participantes conforme outros dados clínicos (n=12).....	59
Tabela 8 - Grelha de Análise das Práticas Ergonómicas	74
Tabela 9 - Distribuição das participantes conforme a aplicação prática dos conteúdos no contexto de trabalho (n=12).....	76
Tabela 10 - Distribuição das participantes conforme o impacto do tema formativo na sua vida pessoal (n=12).....	76
Tabela 11 - Distribuição das participantes segundo a utilidade dos conteúdos práticos no desempenho do trabalho em equipa (n=12).....	76

Tabela 12 - Distribuição das participantes conforme a dificuldade em aplicar os aspetos posturais nos posicionamentos e transferências dos utentes (n=12)	77
Tabela 13 – Distribuição das participantes quanto à continuidade da presença dos sintomas (n=8)	78

INTRODUÇÃO

Os cuidados domiciliários são uma realidade cada vez mais presente no contexto da prestação de cuidados humanizados, permitindo à pessoa ser cuidada no seu próprio lar. Estes cuidados, assegurados por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), baseiam-se na prestação de cuidados de higiene e conforto havendo a necessidade de mobilizar, posicionar e transferir os utentes que deles necessitam, mediante o seu grau de dependência. O trabalho é prestado por Assistentes Operacionais (AO), cuja formação nestas áreas é essencial para garantir a prevenção de lesões no profissional e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. As Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), estão, na maioria das vezes, relacionadas com os procedimentos de posicionamento e transferências de utentes, que são considerados como os principais causadores de dor lombar, indicando que os cuidados diretos a utentes podem ser fatores de risco para contrair sintomas de lesão músculo-esquelética (Gurgueira, Alexandre e Filho, 2003).

Atendendo a estes pressupostos, e considerando as LMERT muito frequentes entre estas profissionais, sendo a maior causa de absentismo neste grupo profissional, torna-se primordial adequar a prestação dos cuidados às necessidades dos diferentes intervenientes no seio das equipas destas instituições.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), a intervenção deste deve promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas (OE, 2019b).

Desta forma, é competência do EEER, realizar a prevenção e minimizar o impacto dos riscos biomecânicos e psicossociais, que se traduzem individualmente no desempenho do profissional deste grupo específico, as AO.

Assim, surge a opção pela temática - “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”. De que forma, enquanto EEER, podemos intervir numa perspetiva de minimizar o aparecimento de LMERT, de consciencializar as AO a desempenhar funções domiciliárias, dos riscos que ocorrem face às más posturas adotadas durante as suas práticas diárias? Este estudo tem o intuito de formar e informar as AO sobre as lesões

decorrentes das situações de trabalho que afetam o bem-estar e a qualidade de vida do profissional.

As motivações para esta temática resultaram da identificação desta necessidade expressa pelas profissionais (AO), fazendo referência à sintomatologia, às lesões que apresentam e à necessidade que sentem de aprendizagem e correção das suas posturas para a manutenção do equilíbrio biomecânico. Enquanto profissionais de uma IPSS, não possuem formação essencial no âmbito da ergonomia e prevenção de LMERT. Pelo contexto de trabalho, o domicílio, podemos prever que é um meio desprovido, muitas vezes, de recursos essenciais à manutenção da ergonomia, o que se traduz numa área de interesse para investigar, assim como para o Enfermeiro de Reabilitação, no processo de educação para a Saúde desta classe profissional.

Ao longo da pesquisa bibliográfica desenvolvida foi possível encontrar na maioria, evidência dirigida exclusivamente a profissionais de Enfermagem e outros profissionais de saúde, e um estudo dirigido a auxiliares de ação médica, desenvolvido em ambiente hospitalar. Assim, este estudo torna-se um contributo para a investigação em Enfermagem de Reabilitação, pela sua atuação junto das comunidades.

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto área de intervenção diferenciada, não se limita em termos de atuação apenas às instituições hospitalares ou de outra tipologia e vai até ao local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona, o que exige um profissional capaz de mobilizar conhecimentos e competências, com vista a um cuidado holístico, como é o caso da comunidade (Matos, 2017).

As lesões músculo-esqueléticas são um problema de saúde multifatorial que se constituem como uma prioridade de atuação da Enfermagem de Reabilitação, a diferentes níveis, sendo que a promoção da saúde será fundamental para trazer ganhos em saúde a toda a população.

O facto de a população portuguesa estar a envelhecer, com a previsão de continuar no mesmo ritmo nos próximos 50 anos, resulta numa maior necessidade de aperfeiçoar a prestação dos cuidados de saúde a ela dirigidos (INE, 2014). Todavia, para que estas premissas se efetivem, é necessário que se conheça a realidade dos cuidadores formais de idosos, utentes de instituições de apoio a idosos, tendo em conta o tipo de cuidado prestado, as suas necessidades sentidas no ato de cuidar e os problemas de saúde daí advindos, pois, só conhecendo a realidade concreta se poderá intervir de forma mais ajustada.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, pretende-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem (OE, 2015).

O Enfermeiro de Reabilitação deve intervir na prevenção das LMERT, tal como salienta Serranheira [et al.] (2009), dado que os profissionais de saúde especializados constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia, através da capacitação dos trabalhadores relativamente ao conhecimento sobre LMERT.

Esta investigação surge, assim, do reconhecimento das necessidades expressas pelas AO, no que concerne ao conhecimento das LMERT, bem como dos cuidados de Enfermagem em relação a ensinos para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Desta forma, este trabalho tem como finalidade implementar medidas de prevenção de LMERT e Promoção da Saúde das AO, no que diz respeito às LMERT em cuidados domiciliários.

Para isso, pretendemos concretizar os seguintes objetivos gerais:

- Analisar as posturas adotadas pelas AO aquando dos posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio;
- Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio.

No que respeita à organização, este trabalho está estruturado em cinco capítulos: o primeiro e segundo capítulo trata da Revisão da Literatura; o terceiro Enquadramento Metodológico; o quarto de Apresentação e Interpretação de Resultados e por último apresentamos as conclusões e sugestões deste estudo.

No primeiro capítulo – “O Serviço De Apoio Domiciliário – Um Serviço De Proximidade” – fazemos um enquadramento do que é o serviço de apoio domiciliário, tentando explicar os seus objetivos mediante o contexto de prestação de cuidados por AO, nos domicílios dos utentes.

No segundo capítulo – “A Enfermagem De Reabilitação, Ergonomia E Prevenção De LMERT nos Profissionais de Cuidados Domiciliários”, procedemos à apresentação do quadro teórico respeitante à problemática das LMERT como consequência da execução

da atividade profissional em cuidados domiciliários, mais concretamente a revisão dos conteúdos teóricos acerca das mesmas enquanto fenómeno que será estudado. Procuramos compreender quais são os possíveis fatores em contexto do trabalho que condicionam a saúde do profissional do SAD. Revisam-se, ainda, os conceitos e contributos da ergonomia na compreensão deste contexto de trabalho; efetua-se a revisão das estratégias de prevenção das LMERT no que diz respeito a aspetos ergonómicos e posturais durante a mobilização de utentes, refletindo sobre o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na prevenção das LMERT.

No terceiro capítulo – “Percurso Metodológico” – descrevem-se os objetivos equacionados na presente investigação, o contexto do estudo e participantes, terminando com a apresentação dos instrumentos de recolha de dados, os motivos que levaram à sua seleção e as estratégias utilizadas para proceder à análise dos mesmos. Aborda-se de uma forma sucinta as considerações éticas a ter em conta, apresentando os instrumentos necessários à validação deste estudo por parte da Comissão de Ética.

No quarto capítulo – “Apresentação e Discussão dos Resultados” – apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos agrupando a informação por forma a dar resposta a cada um dos objetivos definidos no início deste percurso.

Finalmente, no último capítulo, expõem-se as “Conclusões e Sugestões” obtidas neste estudo, bem como novas necessidades de investigação.

CAPÍTULO I – O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO – UM SERVIÇO DE PROXIMIDADE

1. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

O envelhecimento da sociedade é uma realidade incontornável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso. Tem-se verificado uma abordagem diferente da prestação de cuidados, havendo maior interesse que estes sejam cuidados no seu ambiente domiciliário, sendo denominada esta opção por “*Aging in place*”, o que leva à crescente necessidade de respostas sociais. Se cada vez mais os idosos vivem mais tempo e consequentemente se tornam mais dependentes, o que acarreta um aumento dos custos para a saúde, dado que os internamentos têm custos altos e, muitas vezes, a vida profissional dos familiares não lhes permite acompanhar os idosos como seria desejável, pelas mudanças progressivas na constituição das famílias e pela participação crescente da mulher no mercado de trabalho, é urgente e fundamental encontrar respostas sociais que colmatem este problema.

O SAD constitui-se por um serviço dirigido, de um modo geral, a todas as pessoas que, por razões diversas, perderam parte ou a totalidade da sua autonomia, tendo como objetivo principal, promover a sua recuperação e consequente autonomia pessoal, contribuindo para um aumento da sua qualidade de vida. Apesar do SAD estar normalmente associado a pessoas idosas, fragilizadas e dependentes, a tendência atual é a de alargar o conceito a todas as idades e a diagnósticos diferenciados. Trata-se de um serviço que consiste essencialmente na prestação de serviços de natureza social e de saúde, no domicílio da pessoa, a qual, face à sua situação de perda de autonomia funcional, necessita de ajuda externa, por um período que pode ser limitado, ou prestado de forma continuada.

Oliveira (2007) no seu estudo desenvolvido sobre os SAD, constatou que o pedido inicial de SAD está normalmente associado à incapacidade funcional do indivíduo. As razões subjacentes aos pedidos de SAD centram-se maioritariamente na incapacidade física/dependência dos utentes, seguida de dificuldades na confeção das refeições que regista maior incidência nos indivíduos de sexo masculino, derivadas, sobretudo, à falta de competências a esse nível. A justificação pela incapacidade física/dependência para o pedido de SAD centra-se, maioritariamente, nos utentes que têm cuidador principal, enquanto que as dificuldades na confeção da alimentação estão mais localizadas nos sujeitos que não têm cuidador, o que em certa medida pode ser justificado por não apresentarem níveis de dependência tão elevados. No seu estudo, Oliveira (2007, p.155) constata que os utentes mais dependentes são os que utilizam mais tempo de SAD – “A

utilização de tempo de SAD, com estes utentes, incide sobretudo nas tarefas associadas ao acompanhamento das refeições (X= 1,20 min.), no banho completo (X=21,60 min.) e na higiene íntima (X=7,40 min.).”

Importa a este propósito caracterizar, ainda que de forma sumária, o conceito de dependência. De acordo com o DL 101 de 2006, uma situação de “dependência” é aquela: “em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (p.3857).

Kane (1999), citado por Oliveira (2007) adota a definição de SAD como o serviço que engloba o cuidado de saúde ou a ajuda dirigida a pessoas que residem nas suas casas, requerendo essa mesma ajuda em face do seu estado funcional ou de saúde. Segundo o mesmo autor, o tipo de cuidados não se restringe apenas aos indivíduos que já apresentam algum tipo de incapacidade relevante, devendo sobretudo, constituir-se como estratégia de prevenção, para que as pessoas idosas não fiquem precocemente confinadas à sua casa, em virtude da degradação do seu estado funcional.

Na definição apresentada por Rodríguez & Sánchez (2000), como citado em Carvalho, 2012, este serviço apresenta-se como um programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador, no qual são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, com incidência nos cuidados pessoais: desde a higiene à alimentação, cuidados da habitação e apoio psicossocial. Estes serviços destinam-se quer ao idoso, quer à sua família, promovendo a manutenção das relações do idoso com o seu meio envolvente.

Segundo a Direção Geral da Ação Social estes serviços têm como objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, através da satisfação das suas necessidades básicas e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, colaborando na prestação de cuidados de saúde (Portugal, 1996).

Estes (2000), citada por Oliveira (2007), referiu que o SAD abrange duas dimensões, especificamente a esfera individual e a esfera social. Os objetivos de natureza individual são direccionados para o próprio utente, procurando garantir o seu bem-estar e manter o indivíduo em lugares que para ele são significativos, contribuindo para a manutenção das suas redes de relacionamento (família, amigos, vizinhos...). Os objetivos de natureza social, fundamentam-se no pressuposto de que os serviços prestados no domicílio sejam

de tipo social ou de saúde, ou ambos, sendo mais eficazes do que os cuidados prestados no contexto institucional. Dado que o SAD é um serviço que permite a redução da ocupação das camas hospitalares, torna-se, por isso, uma resposta mais benéfica em termos financeiros para o sistema de saúde e, em última análise, mais benéfica para a sociedade.

As tarefas asseguradas pelo SAD, são a prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; tratamento de roupas; acompanhamento ao exterior; aquisição de géneros alimentícios e outros artigos; acompanhamento, recreação e convívio; pequenas reparações no domicílio e contactos com o exterior. Oliveira (2007), verificou que quando em contexto rural, os serviços estão associados à prestação única do serviço de alimentação, enquanto que no contexto urbano, estará associado à disponibilização de outros serviços, para além do serviço de alimentação.

De modo geral, verifica-se uma tendência crescente para uma maior prestação de cuidados de proximidade e, por conseguinte, uma crescente procura de trabalhadores que prestam cuidados domiciliários.

Em Portugal, as políticas dirigidas à intervenção na dependência, caracterizam-se pela centralidade da Segurança Social, pela importância das parcerias com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e pela falta de coordenação entre os setores social e da saúde. A Segurança Social é a única entidade responsável por administrar as respostas sociais dirigidas especificamente à população idosa. Assim sendo, esta entidade possui uma dupla função – supervisiona e financia as instituições cujos serviços se destinam às populações mais vulneráveis. Especificamente no que se refere ao tipo de serviços prestados na velhice, os Serviços de Ação Social têm serviços variados sendo de realçar os Serviços de Apoio a Idosos e Dependentes que é traduzido em Lares, Centros de Dia e de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outros (Esgaio, 2011). Os cuidados de proximidade são prestados por diversas entidades, apesar da grande expressividade das IPSS.

Os SAD, são assegurados por profissionais da área da ação social, uma vez que são prestados por IPSS's. Segundo a EU-OSHA (2014, p.6) “este grupo de trabalhadores não é formado por uma profissão específica, (...) sendo grupos vulneráveis; em geral, têm condições de trabalho menos favoráveis e recebem salários mais baixos”. Os resultados do questionário respondido por peritos em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) revelaram que os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários estão menos

protegidos pela legislação relativa à SST do que aqueles que trabalham em instituições de saúde, como por exemplo, auxiliares de ação médica.

1.1. OBJETIVOS DO SAD

Tendo por base os estudos de Oliveira (2007) e Silva (2016), o SAD procura corresponder a um conjunto de objetivos de natureza individual, dos quais se destaca:

- Melhorar ou reduzir a deterioração das capacidades funcionais. Constitui objetivo do SAD a colaboração na recuperação das capacidades do indivíduo em se autocuidar, bem como na recuperação de outras capacidades. É necessário dar especial atenção às dificuldades visuais, de locomoção, de medicação em curso, e às condições ambientais, já que todos estes fatores conjugados influenciam as capacidades funcionais do idoso, necessitando este da intervenção de profissionais da área.
- Melhorar a capacidade de autocuidado. O SAD pretende que o indivíduo saiba lidar com as suas próprias incapacidades. Mais do que ficar a depender permanentemente de terceiros, deverá ser desenvolvido trabalho que promova ensinamentos de modo a que o indivíduo possa ser autossuficiente, sempre que possível;
- Permitir que o idoso permaneça na sua casa. Se a generalidade dos idosos considera a sua casa como o local onde preferem manter-se, esta evidência pode traduzir-se numa mais-valia de grande peso para este serviço. Trata-se efetivamente de uma resposta que permite a concretização deste objetivo, ao mesmo tempo esta é talvez a maior vantagem do SAD face à institucionalização;
- Melhorar o “bem-estar psicológico”. Estados depressivos e de ansiedade podem surgir entre os idosos, originados muitas vezes pelos motivos que justificaram o recurso ao serviço, designadamente a presença de doença e/ou ausência de rede social/apoio social. A prestação do SAD, por si só, pode contribuir para a redução desses sintomas de depressão ou ansiedade, atendendo às novas relações que são, então, estabelecidas. Contudo, a prestação do serviço pode, por seu lado, exacerbar estados emocionais, nomeadamente através de comportamentos menos adequados dos profissionais, como seja infantilizar o próprio idoso. Como tal, é fundamental que os profissionais envolvidos estejam atentos ao estado

psicológico dos utentes e que contribuam efetivamente para o bem-estar dos mesmos;

- Melhorar o “bem-estar social”. Este conceito pode ser dividido em envolvimento social, entendido como atividades sociais, e relações sociais, seja com a família e com os amigos. Tal como o bem-estar psicológico, também o bem-estar social é encarado como um dos objetivos do SAD. Pretende-se que o indivíduo que usufrui do SAD, não se limite a passar os seus dias, limitado à sua casa.

2. O SAD E O DOMICÍLIO DOS UTENTES

O domicílio constitui-se como o espaço de intervenção privilegiado, apresentando-se como uma opção em relação a outras respostas sociais para a população idosa. O princípio da manutenção do idoso no seu domicílio, fator que distingue o SAD das restantes respostas sociais, privilegia o envelhecimento em casa.

Frases como “prefiro morrer, a ter que ir para um lar” são ainda hoje muito comuns entre a população mais idosa. O conceito de lar, normalmente, evoca imagens de abandono e de fragilidade familiar, contrariamente ao SAD, que proporciona e facilita a independência e a integração social, muitas vezes dificultada nesta faixa etária. Ao conceito de domicílio estão associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e até de poder, já que é aí que se encontram as representações do quotidiano dos idosos.

A prestação do SAD pretende assim, que a pessoa idosa possa continuar a viver na sua casa o mais tempo possível, em condições de conforto e dignidade aceitáveis. Contudo, muitas vezes, esta permanência no domicílio está condicionada e dificultada pelas condições da própria habitação. Em países como Portugal, onde a política habitacional, permite que muitos idosos vivam em condições habitacionais muito precárias, a prestação do SAD é, em muitos casos, seriamente dificultada. Os idosos ganham familiaridade com o seu ambiente através de rotinas estabelecidas ao longo de anos que, apesar do eventual desgaste que se possa verificar no imóvel, não parece afetá-los.

Tal como no estudo de Oliveira (2007, p114), verificou-se relativamente às condições habitacionais, que de um modo geral, as condições de habitação da amostra do seu estudo, eram

“fracas e que os resultados parecem evidenciar melhores condições nos recetores de cuidados que têm cuidador principal, uma vez que estes, na maior parte dos casos, passaram a residir em casa

dos filhos. As infraestruturas consideradas básicas não se encontram na totalidade das habitações, especificamente casa de banho, água canalizada e água quente, o que dificultará certamente a prestação do SAD”.

As infraestruturas das habitações, em grande parte dos casos, acabam por não facilitar o próprio trabalho dos profissionais envolvidos, bem como a menor densidade populacional nas zonas rurais levar a uma maior dispersão das populações, o que implica necessariamente, grandes deslocações para a prestação dos cuidados. (Idem)

A inexistência de ajudas técnicas dificulta a prestação de serviços de SAD, atendendo a que alguns utentes não dispõem de cama adaptada ao seu estado físico. (Idem)

Aos profissionais envolvidos na prestação do SAD, é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade, isto é, o utente é quem decide quando, onde e como é que quer que o tratem. Tal como refere Pastor-Sánchez (2003), na sua casa o utente faz o que quer, e os profissionais, aquilo que os deixam fazer.

Precedido pelos cuidadores informais, o grupo das ajudantes familiares domiciliárias ou assistentes operacionais (AO) constitui a base do trabalho do SAD. Trata-se de um cuidado que se reveste duma natureza íntima e pessoal, onde estes profissionais se constituem nos “olhos e ouvidos” do sistema de cuidados aos idosos. Muitos destes profissionais, normalmente pouco qualificados, são mal pagos e, na generalidade, não possuem formação adequada às funções desempenhadas. Prevê-se que estes profissionais recebam instrução, no sentido de saberem atuar no terreno, estando preparados para lidarem com os indivíduos e seus problemas. No entanto apesar desta ser a situação que se prevê que aconteça, não se encontra efetivamente implementada, nos contextos onde o SAD se encontra em atuação, nem sempre estes profissionais possuem qualificações e formação específica, de modo a saberem lidar com os seus beneficiários.

Políticos, prestadores e beneficiários do SAD, devem reconhecer esta área como fundamental ao seu desenvolvimento. É imperioso investir no treino e formação contínua, de forma a garantir e acentuar a qualidade dos serviços dos cuidadores.

**CAPÍTULO II – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, ERGONOMIA E
PREVENÇÃO DE LMERT NOS PROFISSIONAIS DE CUIDADOS
DOMICILIÁRIOS**

1. DA DEFINIÇÃO DE LMERT À CONTEXTUALIZAÇÃO NO TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

As LMERT incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga ou a postura adotada durante o trabalho (Queiroz et al., 2008). Para o desenvolvimento deste tipo de lesões contribuem os ritmos de trabalho intensos, a exposição a vibrações, pausas insuficientes, entre outros fatores como os equipamentos e a própria organização do trabalho.

Tal como descrevem Phipps, Sands e Marek (2003), o sistema músculo-esquelético é um dos maiores do organismo e engloba os ossos, as articulações, os músculos e estruturas de suporte, sendo que todos os componentes trabalham juntos para produzir movimento [e uma] estrutura de suporte. Qualquer distúrbio neste sistema resulta em disfunção músculo-esquelética. Assim, as LMERT consistem num processo patológico inflamatório, como síndromes de dor crónica, manifestando-se ao nível dos músculos, tendões, ligamentos, abrangendo os nervos correspondentes, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e articulações (Pereira, 2011).

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2007) as LMERT são lesões que afetam sobretudo os punhos, as costas, as pernas, os ombros, o pescoço, os músculos e as articulações, afetando uma ou mais regiões do corpo, na sua maioria a região cervical e os membros superiores, que ocorrem no exercício da atividade profissional com movimentos repetitivos, posturas mantidas e movimentação manual de cargas. O mesmo é descrito no Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho, do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, que geralmente as LMERT, localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, como os joelhos ou os tornozelos, dependendo da área do corpo afetada e da atividade de risco desenvolvida (Portugal, 2008).

A movimentação manual de cargas, em particular a movimentação manual de doentes (MMD), representa um peso na sociedade em geral, para as instituições e para os próprios trabalhadores, na medida em que afetam a população em idade ativa, contribuem para o aumento do absentismo laboral, para a diminuição da produtividade e da qualidade de vida dos trabalhadores. Estes dados foram comprovados pela EU-OSHA (2014, p.6),

através da análise do Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho e o Inquérito sobre as Forças de Trabalho na União Europeia, que evidenciam que

“os trabalhadores da saúde e ação social apresentam a quarta maior taxa de problemas de saúde graves relacionados com o trabalho(...), imediatamente a seguir a indústrias como a indústria transformadora e a construção; as mulheres que trabalham no setor da saúde e ação social eram mais suscetíveis de terem tido um ou mais acidentes, ou de terem sofrido de uma doença profissional, do que as mulheres que trabalham noutros setores; no caso de riscos relacionados com a postura, o setor dos cuidados de saúde situa-se na quinta posição, após a construção, a agricultura, a indústria, o comércio por grosso, o comércio a retalho, a alimentação e o alojamento.”

Segundo a EU-OSHA (2014) em 2007 as entorses e distensões foram as lesões mais comuns, implicando a perda de dias de trabalho para os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários e, em comparação com outros trabalhadores, as baixas por doença são mais frequentes entre estes profissionais como resultado de sintomas musculoesqueléticos relacionados com o trabalho.

As lesões surgem perante condições psicossociais desadequadas, sobretudo a nível individual no ambiente de trabalho refletidas na insatisfação, fadiga e stresse, e de condições ergonómicas relacionadas com a questão de trabalho continuado de natureza biomecânica, isto é, resultam de movimentos repetitivos, forçados e posturas incómodas. Ocorrem no âmbito de uma atividade profissional de natureza repetitiva, com manutenção postural e/ou com manuseamento de cargas, como é o caso da prestação de cuidados higiene, posicionamento e transferências de utentes em contexto de cuidados no domicílio.

As LMERT, em termos sintomáticos, caracterizam-se pela dor localizada ou irradiada, parestesias, sensação de peso, fadiga (ou desconforto) localizada em determinado segmento corporal e a sensação ou mesmo a perda da força (Portugal, 2008).

Os sintomas podem surgir de forma insidiosa, com situações de proeminência no final do dia de trabalho ou durante os principais picos de trabalho ao longo do dia. A sensação de alívio aparece na sequência do repouso e em períodos de descanso, como, por exemplo, as folgas ou fins-de-semana. A realização de certos tratamentos e a recorrência ao absentismo no local de trabalho é igualmente uma forma de aliviar os sintomas (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

As principais manifestações são a fadiga e o desconforto, depois de um esforço intenso ou esforços consecutivos e repetitivos e, sobretudo, quando não existe um intervalo para recuperação.

As situações de fadiga física são diariamente desencadeadas nos serviços de prestação de cuidados a pessoas dependentes, ao realizarem-se tarefas que exigem posturas fisiologicamente inadequadas, pelo transporte manual de cargas, e por muitas outras exigências impostas pelas características do próprio trabalho. A fadiga desenvolve-se quando o trabalho muscular é realizado durante um período prolongado. Um profissional com fadiga muscular tem mais probabilidade de executar um movimento errado e provocar uma lesão. Todavia, mesmo não ocorrendo qualquer tipo de acidente, a fadiga prolongada, sem tempo adequado para a recuperação, pode levar ao desenvolvimento de LMERT (Ranney, 2000).

O diagnóstico das LMERT não é simples, pois a dor e o desconforto podem ser confundidos com outras patologias. No entanto, o diagnóstico precoce é essencial para poder preservar o mais possível a qualidade de vida da pessoa (Portugal, 2008). Segundo Ranney (2000) o processo de evolução dos sintomas pode ser caracterizado em quatro estádios.

- Estadio I: a pessoa apresenta sensação de peso e desconforto na área afetada, com dor espontânea. Os sinais inflamatórios estão ausentes, a dor não irradia e melhora com o repouso. O prognóstico é bom;
- Estadio II: a dor torna-se mais intensa e persistente, sendo tolerada. Provoca quebra na produtividade. Demora mais tempo a recuperar com o repouso, pode ser acompanhada de sensação de formigueiro e calor, com leves distúrbios da sensibilidade e a recuperação é mais lenta mesmo com repouso. O prognóstico é favorável.
- Estadio III: a intensidade de dor aumenta tornando-se mais persistente. É comum a ocorrência de dor noturna. Edema e alterações da sensibilidade estão presentes. O sistema nervoso autónomo pode sofrer alterações, provocando sudção e palidez. A produtividade é muito afetada e, às vezes, a tarefa torna-se impossível de ser realizada. O prognóstico é reservado.
- Estadio IV: a dor torna-se contínua e, às vezes, insuportável. O edema torna-se persistente e, nesta fase, a atrofia e as deformidades são características. Alterações

no perfil psicológico podem acompanhar este quadro. A capacidade de trabalho é anulada e advém em incapacidade. O prognóstico é desfavorável.

As LMERT têm na sua origem diferentes fatores e a sua sintomatologia é consequência direta ou indireta das alterações morfológicas e funcionais que são induzidas no sistema motor, sensitivo e neurovegetativo. Sabe-se, porém, que o início da lesão é geralmente precedido de uma longa série de reações teciduais que se traduzem em episódios de dor e fadiga e, por isso permitem iniciar a prevenção antes do surgimento da lesão, e antes de se tornar uma alteração crónica (*Idem*).

Pereira (2011), no seu estudo, reafirmou o que Putz-Anderson, categorizou em 1988, as LMERT distribuídas por três classes: a primeira como as lesões que afetam os tendões e as bainhas tendinosas, que abarcam, de forma generalizada, as tendinites, as tendinoses e as tenossinovites, a doença de Quervain e os quistos das bainhas dos tendões. A segunda como as lesões dos nervos, as quais agrupam todas as síndromes canaliculares. A terceira como as lesões neuro-vasculares, cujas patologias tenham contactos entre os nervos e os vasos sanguíneos, bem como as síndromes de exposição a vibrações.

As LMERT podem ser agrupadas de acordo com a estrutura corporal afetada (Portugal, 2008):

- Distensão/contratura muscular: lesão que envolve uma contusão/estiramento e rutura das fibras musculares;
- Tendinites/tenossinovites: lesões a nível dos tendões e bainhas tendinosas (p. ex. tendinite do punho, epicondilite e os quistos das bainhas dos tendões);
- Síndromes canaliculares: lesão a nível de um nervo (p. ex. síndrome do túnel cárpico);
- Raquialgias: lesão osteoarticular e/ou muscular ao longo de toda a coluna vertebral ou em alguma parte desta (p. ex. cervicalgias e lombalgias);
- Síndromes neurovasculares: lesão nervosa e vascular em simultâneo.

O tratamento das LMERT inicia-se com um tratamento conservador, nomeadamente com recurso a analgésicos e anti-inflamatórios, tratamento de reabilitação, reforço muscular, orientações preventivas e gerais sobre a organização do trabalho, ou mesmo o afastamento da atividade repetida. Pode surgir, em última instância, indicação para a intervenção cirúrgica. A prevenção e o tratamento das LMERT pressupõem, desta forma, a atuação de uma equipa multidisciplinar capaz de dar resposta efetiva e eficaz à situação em causa. Salientando, que nos estádios mais avançados de LMERT, as consequências

podem ser irreversíveis, incapacitantes, com sofrimento psicológico que poderá ser intenso, faz todo o sentido que o EEER intervenha na sua prevenção, antes que haja a manifestação das lesões de uma forma mais exacerbada.

Caso os trabalhadores continuem expostos aos fatores de risco, ocorrem sintomas que inicialmente eram intermitentes, mas que depois se tornam mais persistentes, permanecem muitas vezes ao longo da noite, o que dificulta e impede a higiene do sono, com perturbações dos padrões sono-vigília. Por outro lado, começam a ser desencadeados por esforços mínimos, interferindo com o trabalho e com as atividades de vida diária.

2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Os fatores de risco para o desenvolvimento de LMERT estão associados a características individuais, organizacionais e psicossociais (Prezado *et al.*, 2015). O mesmo, é referido pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2007, 2014), que são vários os grupos de fatores que podem contribuir para a manifestação de lesões músculo-esqueléticas, nomeadamente, fatores físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais, fatores individuais e pessoais.

Segundo os autores, em termos individuais é tida em conta a idade, o género, características antropométricas, situação de saúde, patologias, estilos de vida não saudáveis (tabagismo, alcoolismo, não prática de exercício físico), fatores psicológicos (stress, ansiedade e depressão), inexperiência para a atividade, falta de formação, o vestuário e calçado utilizado durante a execução do trabalho.

Relacionado com os fatores organizacionais/psicossociais inclui-se os ritmos intensos de trabalho, pressão temporal (ausência de pausas), estilos de chefia, relacionamento com os colegas, avaliação do desempenho, exigências de produtividade e falta de apoio (recursos humanos e técnicos).

O contexto de trabalho das participantes neste estudo é, como já foi referido, o domicílio dos utentes inscritos na IPSS e que contratam os SAD. Várias são as razões que tornam o domicílio num ambiente de trabalho particularmente exigente em termos de segurança dos trabalhadores.

Segundo a EU-OSHA (2014), podemos encontrar nos domicílios riscos associados à má qualidade do ar interior, a presença de substâncias tóxicas, condições não sujeitas a controlo, como golpes provocados por objetos, agressões e comportamentos violentos

por parte dos utentes e/ ou familiares. A falta de formação e de supervisão na assistência domiciliária pode representar um desafio especial em termos de segurança para os prestadores de cuidados que trabalham nas casas dos doentes e se deslocam entre várias casas. Lesões causadas por acidentes rodoviários, esforço excessivo e movimentos repetitivos ao prestar assistência aos utentes, bem como escorregões e quedas dentro e fora das suas casas são as principais causas de tempo de trabalho perdido entre os prestadores de cuidados. Além disso, ao prestar cuidados diretos, nomeadamente vestir ou dar banho, ou ao fazer limpeza e cozinhar para utentes infetados, os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários podem ser expostos a doenças infecciosas (por exemplo, gripe, hepatite, VIH, tuberculose).

Riscos biomecânicos - Os domicílios dos utentes, têm, muitas vezes, quartos pequenos ou sobrelotados com móveis e objetos, sendo que aproximadamente “40-48 % do tempo de um trabalhador que presta cuidados domiciliários pode ser despendido em situações de má postura, incluindo posturas de inclinação frontal e de torção do tronco, associadas a problemas nos ombros, pescoço e costas” (EU-OSHA,2014, p 9). Um espaço inadequado para dar banho ao utente pode implicar riscos biomecânicos e de movimentação manual. O principal problema nos domicílios dos doentes está associado à inexistência de camas ajustáveis em altura. Habitualmente, não dispõem de equipamentos auxiliares que facilitem as transferências, tal como se encontram nas instituições de saúde (hospitais, unidades de cuidados continuados integrados). Os trabalhadores que prestam cuidados ao domicílio têm frequentemente de passar longos períodos de pé ou a andar.

As posturas inadequadas e outros fatores, como o levantamento de cargas, são importantes fatores antecipatórios de LMERT nos trabalhadores que prestam cuidados ao domicílio. Os distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com o trabalho causados pelo esforço de transferir os doentes de e para a cama, ou de os ajudar a andar ou a estar de pé, o auxílio nas atividades quotidianas (vestir, comer, andar e fazer a higiene pessoal) pode estar associada a um risco de distúrbios músculo-esqueléticos devido ao peso e/ou falta de colaboração do utente.

Riscos mecânicos - As deslocações em viatura até aos domicílios dos doentes podem suscitar acidentes rodoviários (são uma das causas mais frequentes de acidentes de trabalho entre os trabalhadores de cuidados domiciliários). Há acidentes que podem ser

causados, por exemplo, por passeios, pisos ou tapetes molhados, provocando escorregões, tropeções e quedas.

Segundo Lagerström M, Hansson T, Hagberg M. (1998), citados por Serranheira [et al.] (2012), a multifatorialidade etiológica das LMERT pode incluir fatores de risco psicossociais e as condicionantes organizacionais designadamente e entre outros, aspetos relativos à satisfação profissional, ao suporte social e ao estilo de liderança e gestão, como elementos importantes na sua génese.

Riscos psicossociais - Várias condições de trabalho também podem causar fadiga mental ou emocional aos prestadores de cuidados. Lidar com utentes e familiares que possam estar sob stress, que demonstrem comportamentos agressivos, podem ser fatores de stress para as assistentes operacionais, que sem supervisão direta do seu trabalho, são elementos expostos a estes riscos e sem proteção. O volume de trabalho elevado, bem como as suas características e as condições deficitárias de trabalho, contribuem também para este fator.

Riscos organizacionais - O ambiente físico no interior da habitação: uma boa arrumação é um fator importante na manutenção de uma área de trabalho segura para os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários. Muitos destes trabalhadores sofrem lesões por tropeçarem, caírem ou pisarem objetos que se encontram no seu caminho.

Os trabalhadores deste sector têm de fazer face a uma ampla variedade de atividades e ambientes que constituem uma ameaça para a sua saúde e os colocam em risco de doenças profissionais ou de acidentes de trabalho.

3. PREVENÇÃO DAS LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E DA ERGONOMIA

A prevenção das consequências que surgem devido aos fatores referidos anteriormente, designadamente posturas ergonómicas inadequadas, remete-nos para a importância da análise do contexto específico onde são desempenhadas tanto a nível laboral como fora deste, bem como de outras variáveis intervenientes.

Aos profissionais que prestam diariamente aos doentes dependentes, nomeadamente, nos cuidados de higiene, vestir/despir, posicionar, transferir, entre outras tarefas, são impostos níveis elevados de maior sobrecarga e tensão.

Igualmente, um conhecimento específico na área da Ergonomia e particularmente dos princípios básicos de mecânica corporal permite ao EEER contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga física, nomeadamente, na adoção de práticas seguras ao intervir na prevenção das LMERT relacionadas com as atividades que contenham fatores de risco ergonómicos anteriormente falados.

A capacitação dos profissionais relativamente ao conhecimento sobre as LMERT é o início de um processo que pretende que cada profissional consiga participar na prevenção de LMERT e, acima de tudo, a capacidade de contribuir para a gestão da sua saúde, também nos aspetos relacionados com as exigências do trabalho (Serranheira, Uva e Leite, 2012). A formação e informação dos profissionais de saúde sobre as LMERT, sobre os principais fatores de risco na sua origem e sobre a forma de as prevenir, são algumas das medidas preventivas que, apesar de não substituírem a necessária melhoria das condições de trabalho na perspetiva da SST, conduzem ao caminho correto de um investimento nas instituições de trabalho com o objetivo de os tornar mais saudáveis e portanto concebidos, de certa forma, em função dos profissionais que lá trabalham (*Idem*).

A prevenção de LMERT tem vindo a ser implementada através de programas de segurança, por exemplo na movimentação de utentes, onde se incluem medidas centradas em alguns aspetos, como o meio envolvente (ex.: zonas de trabalho espacialmente adequadas), os equipamentos (ex.: utilização de sistemas de elevação mecânica) e os profissionais de saúde (ex.: formação sobre aspetos posturais e biomecânicos na manipulação de utentes) (Serranheira [et al.], 2009).

Sendo os EEER detentores de um elevado nível de conhecimentos e experiência que lhes permite conceber, implementar e monitorizar planos e programas de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações,

tratamento e reabilitação, permite que vários grupos usufruam da sua atuação, tal como a comunidade (OE, 2019b).

Deste modo, a implementação de programas de promoção da saúde deverá incidir não só nos aspetos inerentes aos cuidados dos doentes dependentes, mas igualmente deverá abordar os princípios básicos de mecânica corporal, bem como a execução regular de programas de exercícios que interrompam as cadeias de tensões acumuladas no quotidiano, decorrentes da execução das técnicas de MMD, não esquecendo o aconselhamento sobre produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), atendendo aos recursos disponíveis e ao ambiente em que os destinatários estão inseridos (OE, 2013).

Segundo Cordeiro e Menoita (2012), a reabilitação, enquanto processo educativo, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva e tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade da pessoa e a sua reintegração na família e na comunidade, que inclui a atividade laboral.

Assim, o conhecimento profundo e especializado do EEER permite-lhe adotar eficazmente uma perspetiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis nos processos de decisão. Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação constitui-se como “uma área de intervenção clínica reconhecida, que oferece respostas às necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (OE, 2015, p.16655), nos mais diversos contextos, nomeadamente no comunitário.

A Enfermagem de Reabilitação é considerada uma intervenção dotada de criatividade para conseguir a máxima funcionalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos alvo dos cuidados (Hoeman, 2011).

Os programas de Promoção da Saúde apresentam uma maior probabilidade de ocasionarem mudanças sustentáveis junto dos trabalhadores jovens, sendo este facto importante, uma vez que os comportamentos saudáveis adquiridos precocemente tendem a ser mantidos durante toda a vida dos trabalhadores, o que proporcionará uma saúde melhor quando chegam a uma idade avançada. (EU-OSHA, 2012).

Alexandre (2007), EU-OSHA (2008) e Silva [et al.], (2011), referem que a implementação de métodos adequados para posicionamentos e transferências de utentes podem contribuir para alcançar resultados significativos na redução da incidência de LMERT junto destes grupos profissionais, bem como a minimização de custos de compensações. Inerente à melhoria das práticas, verificar-se-á a redução da rotação de

funcionários, do absentismo, o aumento da produtividade e uma maior satisfação dos mesmos.

Assim, existe a necessidade da implementação de programas ergonómicos nos locais de trabalho, com cursos de formação de reciclagem para os trabalhadores e aquisição de ajudas técnicas para esses procedimentos. Com o objetivo de contribuir para melhoria das necessidades humanas no trabalho, surge a Ergonomia, disciplina que estuda a relação entre o homem e o ambiente de trabalho, incluindo métodos, instrumentos e a organização do trabalho, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar, analisar as situações de trabalho e eliminar os elementos agressores (Alexandre, 1998a).

Derivado do grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis), a “Ergonomia” é a disciplina científica que estuda as interações dos homens e outros elementos dos sistemas, que se estendem a todos os aspetos da atividade humana, ou seja, é uma ciência que promove uma abordagem holística, na qual considera os fatores físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais e outros, aplicando teorias, princípios e métodos, de modo a otimizar o bem-estar humano e o desempenho geral do sistema (IEA, 2016).

A Ergonomia contribuiu para uma maior consciencialização e participação dos trabalhadores, capacitando-os para a identificação e correção de problemas no seu contexto de trabalho com vista à promoção da sua saúde, conforto, segurança, bem-estar e eficiência. O seu principal objetivo é elevar a qualidade de vida do ser humano e, assim, aumentar o seu desempenho no trabalho, diminuindo a fadiga, evitando as doenças e os acidentes, tendo por consequência um melhor resultado qualitativo e quantitativo das tarefas realizadas (Rebelo, 2017). Trata-se de uma ciência que incorpora vários saberes de outras disciplinas, como a Anatomia, a Fisiologia, a Antropometria, a Biomecânica, a Gestão, a Economia e a Psicologia Cognitiva (*Idem*).

A Ergonomia desde cedo, pela metodologia que preconiza, utiliza estratégias de promoção da participação dos trabalhadores e da capacitação ou “empoderamento” em matérias da sua área de estudo e intervenção, designadamente através da abordagem participativa, a qual pode ser utilizada para compreender a complexidade, quer da génese, quer da avaliação e da prevenção das LMERT. Pode então dizer-se que se trata de uma abordagem que pretende dar, por um lado, motivação e, por outro, autonomia e informação para a prevenção das LMERT (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

Na perspetiva participativa, a Ergonomia, inicia-se perante um problema que justifica a organização de um grupo de trabalhadores no sentido da resolução desse problema.

Pode incluir desde representantes das direções da empresa, às chefias intermédias, incluindo obrigatoriamente representantes escolhidos pelos trabalhadores e, pelo menos, um trabalhador do posto objeto de análise/intervenção, assim como um especialista em Ergonomia externo ou interno à empresa (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

A intervenção formativa é considerada uma alavanca para a ação, exigindo igualmente determinação por parte dos atores envolvidos. Pode-se dizer que a aprendizagem da análise ergonómica é “um instrumento para a ação” dos próprios formandos, onde a abordagem é reciprocamente formativa e inscrita num percurso de que resultarão novos conhecimentos. Este tipo de intervenção permite não só uma descrição, mas, especialmente, uma compreensão dos fenómenos em causa, que contribui para a definição de ações apontando para a transformação do trabalho (Lacomblez e Vasconcelos, 2009).

A formação e informação dos profissionais sobre as LMERT, sobre os principais fatores de risco na sua origem e sobre a forma de as prevenir, são algumas das medidas preventivas que, apesar de não substituírem a necessária melhoria das condições de trabalho na perspetiva da Saúde e Segurança, conduzem ao caminho correto de um investimento nas instituições de trabalho com o objetivo de os tornar mais saudáveis e portanto concebidos, de certa forma, em função dos profissionais que lá trabalham (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

Segundo Guérin [et al.] (2006) na Ergonomia a observação é fundamental para a compreensão das reais condições de trabalho, das atividades laborais e dos resultados sobre saúde e produção.

Assim, a análise ergonómica do trabalho pela sua metodologia específica, permite a compreensão dos diversos elementos e pode contribuir para o desenvolvimento de planos e programas de prevenção destas doenças ou lesões (Portugal, 2008).

Os distúrbios músculo-esqueléticos representam um importante problema de Saúde Ocupacional. Os profissionais de saúde estão sujeitos a sintomas músculo-esqueléticos, atribuídos particularmente a condições ergonômicas inadequadas (Alexandre, 2007).

Não existe ninguém mais interessado na sua saúde do que o próprio trabalhador e, a Ergonomia contribui para esse interesse, envolvendo os profissionais na utilização desses conhecimentos e, desde que envolvidos, são profissionais informados e recetivos à mudança que tal tipo de intervenção requer (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

Os profissionais de saúde, bem como os da área social, são grupos vulneráveis à ocorrência de LMERT, dado que o trabalho que exige a responsabilidade por pessoas

constitui um fator indutor de stress, onde as circunstâncias são múltiplas e relacionam-se com aspetos organizacionais e também socio emocionais (Serranheira [et al.], 2009).

Os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros foram identificados através dos dados apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo como os dois grupos que mais sofrem de lesões relacionadas com o trabalho, sendo que as doenças osteomusculares e os transtornos mentais contribuíram decisivamente para os elevados números de absentismo encontrados (Assunção e Brito, 2011).

Atendendo a que a prática de cuidados como os de higiene e as ações relativas ao conforto no leito são tarefas com maior efeito na presença de sintomas de LMERT na zona lombar, revela a necessidade de conhecer, analisar e entender o que esta atividade real de trabalho representa para os enfermeiros e outros grupos, no sentido de intervir na prevenção e garantia da saúde, segurança e conforto dos profissionais no local de trabalho (Serranheira, Uva e Uva, 2012).

Para Alexandre e Rogante (2000), no contexto de trabalho de prestação de cuidados é necessário usar corretamente as estruturas corporais, o que permite aumentar a eficácia e poupar energia. Potter e Perry (2006), afirmam que manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diferentes atividades, promove uma utilização mais eficiente da energia muscular, melhorando a mecânica corporal.

No entanto, os autores verificam que este aspeto é descurado, o que contribui para a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas. Referem que são muito comuns entre os profissionais do meio hospitalar e particularmente entre os enfermeiros. Podemos transpor esta ideia para o contexto de trabalho das AO, dado que também executam as técnicas de posicionamento e transferência de utentes, em ambiente domiciliário, sendo este um meio desprovido de recursos e materiais de apoio essenciais às práticas ergonómicas corretas.

Segundo Serranheira, Uva e Lopes (2008), em Ergonomia a postura é influenciada pela tarefa a realizar, pelo contexto de trabalho e as suas características, pelas ajudas necessárias e pelas capacidades e limitações dos trabalhadores, incluindo as características antropométricas do trabalhador. Para além da postura, o alinhamento corporal é essencial para manter a tonicidade muscular e contribuir para a estabilidade. Havendo um correto alinhamento corporal - posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia- reduz-se a força exercida sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos. A coluna vertebral é o «eixo» de um bom alinhamento (OE,2013), devendo por isso ser evitadas “as posturas e

os movimentos onde se incluem, entre outros, a flexão, a extensão, a rotação e a inclinação (...) (Serranheira, Uva e Lopes, 2008, p. 28).

Para além das posturas inadequadas adotadas no trabalho e o esforço físico inerente, outro fator de risco ergonómico é a manipulação de cargas, que é qualquer operação de levantamento/sustentação, deslocação e transporte de uma carga por uma ou mais pessoas, que comporta riscos, nomeadamente, na região dorso-lombar (DL 330/1993).

A movimentação manual de cargas encontra-se regulamentada pelo DL 330 de 25 de setembro de 1993 e diz respeito a qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais trabalhadores, que devido às suas características ou condições ergonómicas desfavoráveis, comporte risco(s) para os mesmos. Esta legislação permitiu efetuar a avaliação de riscos das operações que envolvam a movimentação manual de cargas de modo a determinar o risco para os profissionais e identificar também as responsabilidades específicas para o empregador e para o profissional (DL 330/1993).

Os fatores de risco na movimentação manual de cargas são os seguintes (*ibidem*):

- Características da carga (p. ex. carga muito pesada, grande e/ou volumosa);
- Esforço físico necessário (p. ex. quando é necessário realizar um movimento de flexão e/ou torção do tronco);
- Características do meio de trabalho (p. ex. espaço livre de movimentação insuficiente; piso irregular/desnivelado);
- Exigências da atividade (p. ex. esforços físicos frequentes e prolongados; período insuficiente de repouso fisiológico);
- Fatores individuais de risco (p. ex. falta de capacidade física; roupa, calçado e outros equipamentos inadequados; falta/insuficiente formação; existência prévia de LMERT).

4. ASPECTOS ERGONÓMICOS DA PRÁTICA EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Entre os vários fatores de risco considerados preponderantes no desenvolvimento de LMERT, especificamente na atividade das AO, comparativamente com estudos em relação à atividade de Enfermagem e dos profissionais de saúde em geral, depreende-se que existem funções semelhantes tais como o posicionamento e transferência dos utentes, com elevado grau de dependência, ações estas desempenhadas várias vezes ao longo de um turno de trabalho. Acrescem ainda à atividade das AO, outras tarefas que envolvem também a movimentação manual de cargas e posturas de trabalho penosas, nomeadamente, confeção e distribuição de refeições, limpezas nos domicílios, movimentação de roupas, empurrar/puxar camas para gestão dos espaços.

As técnicas de MMD, nomeadamente o posicionamento e transferência de utentes, apresentam-se como uma rotina diária destes profissionais, requerem grande esforço físico e estão associados ao surgimento de problemas músculo-esqueléticos. (Gallasch e Alexandre, 2003).

A mobilização dos utentes apresenta-se como uma rotina diária frequente dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, auxiliares ou assistentes operacionais e fisioterapeutas, sendo que a atividade desempenhada pelos mesmos implica, habitualmente, uma elevada carga física com repercussões no sistema músculo-esquelético, que excede as capacidades individuais dos intervenientes, em particular as biomecânicas (Neves e Serranheira, 2014).

Entendemos por mobilizar a “ação de executar com as características específicas: tornar alguma coisa móvel” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 144). No contexto de trabalho em cuidados no domicílio a ação de mobilização de utentes, está relacionada com as ações de levantar, baixar, sustentar, empurrar ou puxar o utente.

A tarefa de posicionar é “ação de executar com as características específicas: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p.144).

Transferir refere-se à “ação de posicionar com as características específicas: mover alguém ou alguma coisa de um local para outro” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 145). No caso das funções desempenhadas pelas AO, as ações de transferência serão, transferir da cama para o cadeirão/cadeira de rodas e vice-versa.

As habilidades de posicionamento e transferência de utentes devem ser complementadas com o estabelecimento de práticas seguras de trabalho, dentro de uma

estrutura ergonômica, e, sempre que possível, deve-se usar materiais e equipamentos auxiliares (Alexandre, 2007).

Existem, de acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho – EU-OSHA (2008b), três categorias, em que podemos agrupar os métodos de mobilização de utentes, sendo eles:

Métodos de transferência manual - São executados por um ou mais prestadores de cuidados que utilizam a sua força muscular e, sempre que possível, a eventual capacidade residual de mobilização do utente envolvido;

Métodos de transferência, utilizando pequenos meios auxiliares de mobilização de utentes - São técnicas de mobilização de utentes executadas através de meios auxiliares específicos, tais como lençóis deslizantes em tecido de baixa fricção, cintos ergonômicos, estribos rotativos, uma barra de trapézio fixada por cima da cama, entre outros;

Métodos de transferência, utilizando grandes meios auxiliares de mobilização de utentes - Estas técnicas de mobilização são executadas através de equipamentos de elevação eletromecânicos, como os elevadores/transfereiros.

De salientar, que nos domicílios dos utentes do SAD, os métodos mais utilizados dada a falta de recursos materiais, são os métodos de transferência manual e os em que é possível utilizar pequenos meios auxiliares de mobilização, como os resguardos de pano.

Segundo Alexandre (2007), grande parte das agressões ao sistema músculo-esquelético em trabalhadores da saúde e área social, estão relacionadas com condições ergonômicas inadequadas de mobiliários, postos de trabalho e equipamentos utilizados nas atividades cotidianas, como a mobilização de utentes.

Para determinar o método de mobilização mais adequado deve ter-se em conta vários aspetos por parte do utente, como sendo o seu grau de dependência, a sua altura e o peso, a capacidade de compreensão e a vontade de cooperar. Devemos ainda atender aos seguintes princípios (EU-OSHA, 2008; OE,2013):

- Usar calçado adequado e vestuário que permita liberdade de movimentos;
- Gerir o espaço;
- Ajustar a altura da cama à altura da anca do prestador de cuidados;
- Obter condições seguras do piso (antiderrapante, eliminar/sinalizar desníveis), do trajeto a ser percorrido, isto é, sem barreiras arquitetónicas ou outras, e travar rodas da cama, cadeirão e/ou cadeira de rodas, e macas;

- Procurar sempre que possível a ajuda de outro prestador de cuidados ou meios auxiliares específicos;
- Antes de iniciar qualquer tipo de mobilização, o prestador de cuidados deve posicionar-se o mais perto possível do utente;
- Antes de iniciar qualquer tipo de operação de mobilização, deve explicar o procedimento ao utente e incentivá-lo a cooperar o máximo possível no decurso da atividade de mobilização;
- Manter uma postura correta durante as técnicas de mobilização de utentes: pernas ligeiramente afastadas e um pé colocado ligeiramente à frente a fim de assegurar uma base de apoio mais ampla. Durante o levante do utente, devem ser utilizados preferencialmente os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte superior do corpo, fletindo e depois estendendo lentamente os joelhos ao levantar o utente. A coluna vertebral deve ser mantida numa posição ereta de acordo com a sua curva natural, tendo o cuidado de evitar sobrecargas ao alongar ou fletir. Além disso, o prestador de cuidados deve sempre tentar deslocar o seu peso de acordo com o movimento que está a executar e evitar alcances excessivos. Deve ainda evitar movimentos de torção em torno de eixo vertical do corpo.
- Segurar o utente firmemente durante a mobilização, utilizando toda a mão e envolver a zona escapular, zona pélvica e/ou a zona supra cavado poplíteo;
- Alguns prestadores de cuidados poderão necessitar de agarrar as calças de pijama do utente ou utilizar meios auxiliares específicos, por exemplo, cintos com pegas;
- Utilizar equipamentos auxiliares e adaptar as condições do ambiente a cada utente através de barras de apoio em chuveiros; elevadores de sanitas; cadeiras próprias para a higiene no WC; barra tipo trapézio no leito, cintos e pranchas de transferência, discos giratórios; meios auxiliares mecânicos como transferes, entre outros;
- Participar periodicamente em programas de ensino teórico-prático relacionado com a função desempenhada.

Alexandre (2007), refere ainda que existem uma série de orientações organizacionais e psicossociais que visam a melhoria da atividade laboral, nomeadamente a variação de tarefas e atividades; evitar movimentos repetitivos; proporcionar conforto térmico, visual e acústico no ambiente de trabalho; avaliar jornada de trabalho e distribuição de períodos de pausas; implantar modificações que

garantam aos trabalhadores mais criatividade, autonomia e satisfação; e proporcionar número suficiente de trabalhadores por turno.

Torna-se ainda necessário descrever os métodos de posicionamento e transferência de utentes, segundo Alexandre e Rogante (2000), EU-OSHA (2008) e OE (2013).

Quanto aos posicionamentos, estes podem ser na cama na posição de deitado ou com o utente já sentado na cama ou fora da mesma (cadeira de rodas ou cadeirão).

Segundo a EU-OSHA (2008) e OE (2013), face a um **posicionamento na cama** com a presença de dois prestadores de cuidados: ajustar adequadamente a altura da cama em função da altura dos mesmos; contrabalançar o peso do utente com o próprio peso dos prestadores de cuidados, executando movimentos sincronizados e estabelecendo sempre comunicação entre ambos. Quando possível, usar auxiliares como, por exemplo, o resguardo deve ser enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na preensão e melhor controlar o movimento (EU-OSHA, 2008 e OE, 2013).

Não utilizando equipamentos auxiliares, quando se requer mover o cliente dependente no sentido da largura do leito, os profissionais devem colocar-se ambos do lado para o qual vai ser mobilizada o cliente Devem colocar os antebraços sob o corpo dos utentes nos seguintes locais: um na cintura escapular - a mão do profissional deve apoiar o ombro do lado oposto e região dorsal - entre a cintura escapular e a região lombar; e o outro profissional na cintura pélvica – ao nível da segunda vértebra sagrada e na região supra cavado poplíteo (OE,2013).

Para **posicionar o utente em decúbito lateral**, seguem-se as seguintes fases: permanecer do lado para o qual vai virar o utente; efetuar flexão do ombro e do joelho do utente do lado oposto no sentido em que vai ser lateralizado e fazer com que vire a cabeça na mesma direção; rodar cuidadosamente utilizando o seu ombro e joelho como alavancas. Uma outra forma de realizar este procedimento é usando-se plásticos/lençóis deslizantes e resistentes, da seguinte forma: virar o utente e colocar o lençol sob o seu corpo, voltar o utente e puxar o lençol. Desta forma, deve ficar no lado oposto para o qual o utente será virado; puxar o lençol movendo o utente na direção da assistente operacional e para a beira da cama; manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo elevando o lençol e fazendo com que o utente vire cuidadosamente. Não deve esquecer de manter, no lado oposto da cama, uma grade de proteção (Alexandre e Rogante, 2000).

Mobilizar o utente no sentido ascendente ou descendente da cama com dois prestadores de cuidados: pedir ao utente para colocar as mãos na cabeceira da cama e a empurrar durante o posicionamento, ao mesmo tempo que faz força com os pés; durante o levante do utente deve utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas e não os músculos da parte superior do corpo, primeiro fletindo e depois estendendo lentamente os joelhos ao levantar o utente; os movimentos dos prestadores de cuidados devem estar sincronizados ao executar a transferência do utente. A comunicação é muito importante (EU-OSHA, 2008).

Quando o movimento for executado no sentido ascendente ou descendente os prestadores de cuidados devem colocar-se um de cada lado da cama. Contudo, em utentes com mobilidade reduzida ou nula, o procedimento deve manter-se da mesma forma, contudo sem a colaboração do utente (OE, 2013).

Mobilizar/sentar o utente na beira da cama, no caso de estar deitado, seguir os seguintes passos: colocar o utente em decúbito lateral e de frente para o lado em que se vai sentar; elevar ou não a cabeceira da cama. Colocar uma mão na região escapulo-umeral e outra no supra cavado poplíteo e rodar o utente. Quando é executada por dois prestadores de cuidados, um apoia a região escápulo-umeral do utente e outro segura os membros inferiores (joelhos); de uma forma coordenada, elevar e girar o cliente até ele ficar sentado (Alexandre e Rogante, 2000 e OE, 2013).

Transferir o utente da cama para um cadeirão ou vice-versa, com a presença de dois prestadores de cuidados, devem colocar a cama e a cadeira de rodas ou cadeirão perto uma da outra; certificar-se de que as rodas da cadeira de rodas ou cadeirão estão travadas; remover eventuais obstáculos (apoios para os braços, apoios para os pés, estribos); ajustar adequadamente a altura da cama em função da altura do utente, para que os pés assentem no chão. Um profissional deve colocar os antebraços e mãos sob a escapulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplíteica. Através da comunicação entre ambos, deve ser realizado um movimento coordenado, deslocando o cliente para a extremidade do leito (EU-OSHA, 2008; OE, 2013). Colocando-se paralelamente à cama, o profissional responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas do cliente de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro do cliente, o profissional deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda. O outro profissional, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa,

coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores (OE, 2013).

Com o utente sentado na cadeira de rodas ou cadeirão, pode ser necessário ajustar o posicionamento do mesmo, por forma a manter o seu conforto e evitar quedas. Assim, para corrigir posicionamento de um utente no cadeirão ou cadeira de rodas com dependência baixa a moderada, as etapas repetem-se, com um prestador de cuidados: antes de iniciar, certificar-se de que os pés do utente estão o mais perto possível da cadeira de rodas ou cadeirão; pedir para se inclinar para a frente o máximo possível e ajudá-lo colocando os braços do cliente em torno da região dorso lombar; pedir ao utente para se inclinar para a frente e fazer força nas pernas durante o posicionamento que facilitará o posicionamento, utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte superior do corpo (EU-OSHA, 2008; OE, 2013).

Com dois prestadores de cuidados utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas, durante o posicionamento, deslocar o próprio peso de um lado para o outro, mantendo as costas eretas; mais uma vez os movimentos dos prestadores de cuidados devem estar sincronizados ao executar a transferência do utente, sendo a comunicação entre ambos muito importante (*Idem*).

Caso o utente apresente uma dependência elevada, o profissional coloca-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas do utente de modo a segurar-lhe os antebraços. Para maior estabilidade e segurança, o profissional deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda, de modo a evitar o impacto do peso do corpo e da força exercida sobre o ombro (OE, 2013).

Não deve esquecer de fletir os joelhos e alinhar a coluna vertebral, efetuar extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco do utente transferindo a força para os quadricípites (OE, 2013).

Para corrigir o posicionamento na cadeira de rodas ou cadeirão do utente com grau de dependência elevado deve utilizar-se o elevador. Sempre que não houver elevador, poderá ser efetuado por dois profissionais, utilizando o resguardo, devendo colocar-se um à esquerda e outro à direita da cadeira de rodas /cadeirão, de frente um para o outro. Devem enrolar o resguardo e segurar firmemente com uma mão ao nível dos ombros do utente e outra ao nível do cavado poplíteo. Elevar, com o resguardo, os

membros inferiores, puxar o resguardo junto aos ombros no sentido ascendente (OE, 2013).

Face ao exposto, torna-se pertinente abordar, junto dos profissionais de saúde e da ação social, temas relativos às orientações posturais, aspetos ergonómicos específicos e considerações sobre os procedimentos de movimentação e transferência de utentes, bem como a descrição de alguns equipamentos que deveriam ser utilizados durante a movimentação e a transferência dos mesmos, e considerando que estes devem ser urgentemente implementados na prestação de cuidados (Alexandre, 2007).

Sem equipamentos auxiliares, procedimentos teoricamente simples podem tornar-se penosos para os trabalhadores. A falta de manutenção de equipamentos e a utilização de mobiliários improvisados e inadequados também tornam o trabalho mais árduo para os profissionais (Alexandre, 1998).

Podemos encontrar diferentes materiais para ajudas técnicas, tais como as barras tipo trapézio nas camas e camas com altura ajustável; ao auxílio à transferência de utentes, como cintos de transferência, tábuas de transferência, discos giratórios para os pés, elevadores de transferência; cadeira de rodas para banho, cadeira sanitárias e cadeiras ou bancos para banho; barras de apoio na parede e suporte de segurança para sanita; elevadores de sanita; para o auxílio às atividades de locomoção: andarilhos, canadianas, muletas; bengalas; e cadeiras de rodas (Alexandre, 2007).

CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia engloba um conjunto de referenciais teóricos, de ideias ou teorias que orientam a investigação. Engloba também o conjunto de instrumentos de colheita e análise dos dados, questionários, escalas, grelhas de observação e técnicas estatísticas. E segundo Fortin (2009) pode ser definida como o conjunto de métodos e técnicas utilizadas para a realização da investigação científica.

A determinação da metodologia é uma fase com extrema importância na medida em que assegura a “fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação” (Fortin, 1999, p.40). Para a mesma autora é nesta fase que os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação ou hipóteses formuladas serão determinados. Assim, serão abordados, os objetivos e os elementos do desenho de investigação: tipo de estudo, contexto do estudo, participantes, métodos de colheita e de tratamento de dados, tendo sempre em consideração os princípios éticos.

1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos de investigação são a declaração daquilo que os autores pretendem descobrir, medir, comparar com o seu trabalho. Indicam a direção a seguir na procura da resposta à questão de investigação.

As LMERT são um problema a ter em conta entre os trabalhadores de instituições de apoio a idosos, devido à exposição elevada a esforços físicos a que estão sujeitos, nomeadamente no serviço de apoio domiciliário (SAD), relacionado com a escassez de meios técnicos e humanos, bem como, outros fatores que contribuem para a sua origem.

Com a realização deste estudo de investigação pretende-se gerar conhecimento que contribua para a compreensão do fenómeno das LMERT em AO que prestam cuidados em contexto domiciliário, e que os resultados possam ser um ponto de partida para repensar algumas questões associadas à problemática, levando à melhoria das condições de trabalho, à prevenção de lesões associadas ao desempenho da função e inerentemente à melhoria da prática de cuidados.

Assim, formulam-se os objetivos gerais de estudo:

- Analisar as posturas adotadas pelas AO aquando dos cuidados prestados aos utentes, no domicílio;
- Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os cuidados prestados aos utentes, no domicílio;

Como objetivos específicos, pretende-se:

- Informar e formar as AO sobre o risco de LMERT no desempenho da sua atividade profissional;
- Capacitar as AO para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes.

2. TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (1999), a questão de investigação orienta para o método apropriado ao estudo de um fenómeno, sendo assim o tipo de estudo a utilizar definido em função do objetivo ou pergunta de investigação e condiciona a estratégia de análise dos resultados.

Com este estudo pretende-se perceber as experiências das AO a trabalhar em contexto de prestação de cuidados domiciliários a utentes dependentes, nomeadamente modificar posturas de risco adotadas e promover mudanças ao nível das mesmas durante os cuidados aos utentes.

Pretende-se criar conhecimento e aprendizagens práticas, que serão muito úteis no referido contexto. “Como efeito indireto, (...) os profissionais aprendem sobre a sua prática e sobre si mesmos dentro de um contexto e também aprendem a implementar a mudança para melhorar a sua própria prática.” (Streubert e Carpenter, 2013, p. 280).

Considerando assim, que neste estudo se pretende perceber vivências e experiências, nomeadamente analisar e promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os cuidados prestados no domicílio de utentes, será dada preferência ao método investigação-ação. Ao “colaborarem num estudo de investigação-ação (...) tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada (...)” o que leva à melhoria da prática. (*Idem*) A investigação-ação é um método que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida. Os investigadores estudam um contexto particular da prática para identificar e descrever problemas ou áreas que necessitem de mudança, identificando possíveis soluções e implementando-as no contexto do problema.

Segundo Coutinho [et al.] (2009), observa-se um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua: planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização). Este conjunto de fases em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva. Ou seja, um

processo de investigação-ação não se confina a um único ciclo, pois de fato, e uma vez que o que se pretende com esta metodologia é, acima de tudo, operar mudanças nas práticas tendo em vista alcançar melhorias de resultados, normalmente esta sequência de fases repete-se ao longo do tempo, há necessidade por parte do investigador, de explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, e proceder a reajustes na investigação do problema.

3. CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Optou-se por desenvolver o estudo abrangendo um grupo de AO, funcionárias de uma IPSS da região Alto Minho, nomeadamente do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que manifestaram queixas de LMERT e necessidade de formação junto da EEER da ECCI do concelho, uma vez que são frequentes os momentos em que se cruzam nos domicílios dos utentes.

A opção por estudar as profissionais deste serviço social deveu-se ao facto de ser um contexto onde experienciam o fenómeno de interesse para este estudo, por estarem expostas ao risco de desenvolver ou terem já desenvolvido LMERT, pelo exposto no capítulo anterior.

Com a finalidade de aceder à população recorreremos à Direção Técnica desta IPSS, através da qual se pretendeu, em primeira instância, tomar conhecimento da dimensão da população e que posteriormente colaborou na colheita de dados.

A população compreendeu todas as AO que trabalham neste contexto e aceitaram participar no estudo, que são na totalidade doze funcionárias, todas do género feminino, sendo que a última formação relacionada com o tema Ergonomia e Posicionamentos foi realizada há mais de seis anos, segundo a Direção Técnica da IPSS.

O SAD pertence a esta IPSS, fundada em 1994, estando localizada no centro do concelho, com uma área de atuação que abrange várias freguesias limítrofes.

Geograficamente, são freguesias afastadas, distando, as mais longínquas, aproximadamente dez quilómetros do centro do concelho. Os acessos rodoviários encontram-se, em alguns percursos, em mau estado de conservação. As deslocções são realizadas em carrinhas da instituição, excetuando uma das equipas, que se desloca a pé, dada a proximidade dos domicílios com a IPSS.

A distribuição do trabalho é organizada em equipas: amarela, verde, cor-de-rosa clara, cor-de-rosa escura e castanha. A atribuição de cores funciona como designação de

cada equipa, sendo uma atribuição dada pela Direção-Técnica. Cada equipa é constituída por dois elementos e tem uma área de abrangência estipulada, tendo um número de utentes atribuído (dependentes em grau elevado e dependentes em grau reduzido). Mediante o grau de dependência de cada utente e os serviços contratados são adequadas as tarefas a desempenhar. A lista de tarefas contempla uma série de atividades/tarefas instrumentais de vida diária: banho completo, higiene diária, lavar pés, higiene oral, cortar unhas, fazer barba, hidratante, pentear, cortar cabelo, levantar/mobilização, apoio para medicação, apoio pequeno-almoço, apoio almoço, fazer cama, mudar roupa de cama, limpar/varrer, lavar loiça, despejar lixo, manutenção WC, aquisição de bens e serviços. Diariamente é assinalado na lista cada atividade realizada.

No SAD em questão neste estudo, a generalidade dos cuidados prende-se com os cuidados de higiene e conforto e de preparação e distribuição de alimentação. Os cuidados higiene e conforto como o banho completo (inclui a lavagem do cabelo), bem como a mudança de roupas das camas, são planeados em dias alternados, ou seja, não são realizados diariamente.

Apresentamos na tabela 1, a distribuição dos utentes, mediante o seu grau de dependência, pelas equipas de AO.

Tabela 1 – Distribuição dos utentes, segundo grau de dependência, pelas equipas de Assistentes Operacionais

Equipa	Nº de Utentes dependentes em grau elevado	Nº de Utentes dependentes em grau reduzido
Amarela	7	2
Verde	8	0
Cor-de-Rosa escura	5	1
Cor-de-rosa clara	7	1
Castanha	4	1

O horário de trabalho é de quarenta horas semanais. A jornada de trabalho é dividida pelo período da manhã, que se destina às tarefas de cuidados de higiene, administração de medicação e apoio ao pequeno-almoço, entre as 8h30 e as 11h30. Após as 11h30 regressam à instituição para recolherem as refeições preparadas e fazerem a distribuição novamente pela ronda inicial. O período entre as 14h30 e 15h, destina-se à tarefa de posicionamento de determinados utentes dependentes, que contratem este

serviço. Entre as 17h e 20h, três equipas (duas com dois elementos e uma equipa apenas com um elemento) asseguram os cuidados de higiene parcial, posicionamento e apoio à refeição.

O tempo despendido, diariamente, em cada domicílio varia, entre os 20-25 minutos no período da manhã, 10 a 15 minutos no período da tarde, e 15 a 20 minutos no período do final do dia. Os utentes que apresentam níveis de maior dependência, despendem mais tempo de SAD do que os utentes mais autónomos.

A IPSS dispõe de batas para que as AO usem nos cuidados, não sendo estas suficientes, pois as roupas e calçados utilizados diariamente pelas AO são desadequados às funções a desempenhar: roupas apertadas, que dificultam a liberdade de movimentos e calçado derrapante, aberto e/ou instável.

O contexto de trabalho é o domicílio. A casa de cada utente é um espaço diferente, obrigando por parte das AO, uma grande capacidade de adaptação e gestão do espaço para a concretização das tarefas. Pudemos constatar que as condições, relativamente ao espaço físico são deficientes, havendo residências onde o espaço para a prestação dos cuidados de higiene, posicionamento ou transferência dos utentes era de cerca de cinco metros quadrados, com camas comuns de casal ou solteiro, acrescendo mobiliário obsoleto. Muitas vezes as AO ficam limitadas pelo espaço físico, o que compromete o trabalho de pares.

Nos domicílios cujas camas eram articuladas, apenas uma era elevatória em altura e duas não tinham travões.

Verificou-se que as AO não faziam uso do sistema de travar a cama e/ou cadeira de rodas/cadeirão; a única cama que possuía sistema elevatório em altura, não usufruíam dessa funcionalidade; nas camas articuladas não subiam a cabeceira para sentar o utente na cama; não usavam o resguardo (lençol dobrado) para mobilizar o utente na cama no sentido ascendente e lateral na cama; pegavam no utente pelas mangas da roupa e pernas para o mobilizarem.

4. ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Streubert e Carpenter (2013), a recolha de dados na investigação-ação incluiu factos e interpretações ou explicações desses factos. Inicia-se de modo amplo e compreensivo e à medida que as descobertas surgem guiam e focam as colheitas de dados sucessivas. Os investigadores e os participantes em conjunto determinam as técnicas para registo de dados, como por exemplo, gravações em fita magnética, vídeo, registo de notas

ou obtenção de fotografias e diapositivos, sendo as notas e as fotografias menos intrusivas e ao mesmo tempo menos rigorosas.

O estudo foi estruturado em diferentes etapas metodológicas e estratégias de recolha de dados. Inicialmente promoveu-se junto da população uma sessão de informação sobre os objetivos do estudo e as etapas a desenvolver, tendo-se ainda solicitado às AO o preenchimento do consentimento informado (Apêndice I) e de um questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice II), que foi construído tendo por base o modelo desenvolvido por Nobre e Araújo (2018) e por Fonte et al (2017). Este foi preenchido individualmente pelas AO, sendo pedido para que se identificassem através da sua data de nascimento (código de verificação) para articular com os restantes instrumentos de avaliação.

Numa segunda etapa destinada à análise das posturas das AO na prestação de cuidados, optou-se pela observação direta da prestação dos cuidados pelas AO e pelo registo fotográfico das posturas adotadas durante os procedimentos efetuados (planeamento da sessão de observação individual em contexto real-Apêndice III). Fez-se uma primeira observação de uma equipa, com a finalidade de compreender a rotina dos cuidados no domicílio, nomeadamente o tempo despendido em viagem, o tempo necessário para os cuidados em cada domicílio, a dinâmica da equipa em termos de trabalho a pares e comportamentos de risco a corrigir. Nesta primeira etapa, foram observadas três equipas diferentes, tendo-se atingido a saturação dos dados observados, no que respeita aos comportamentos de risco observados. Nos cuidados prestados pelas diferentes participantes destas três equipas, estas inadequações nas posturas eram repetidas em todas as observações e registo fotográfico.

O registo fotográfico foi concretizado com alguma dificuldade, dado que é particularmente difícil captar as imagens em movimento. No entanto, reveste-se de interesse dado que as fotografias tiradas pelo investigador, e mostradas às participantes, podem ser usadas como um estímulo, servindo também como material formativo na etapa seguinte, aquando da formação em grupo.

Após a concretização do diagnóstico através da observação das práticas das AO em contexto real e do registo fotográfico, planeámos a formação teórico-prática em sala (Apêndice IV). Realizou-se, em grupo, uma sessão formativa, onde as AO puderam adquirir conhecimentos sobre a temática das LMERT mais frequentes no contexto profissional e a sua prevenção (Apêndice V). Teve como objetivo, fornecer informação às AO sobre os aspetos gerais a considerar aquando do posicionamento e transferência de

utentes. A preparação da formação e dos conteúdos a abordar, foram baseados naquilo que consideramos ser as necessidades formativas das AO observadas por meio do registo fotográfico e observação do trabalho das mesmas, no contexto real, os domicílios. Nesta sessão, recorreremos ao método expositivo, no qual apresentamos uma seleção de fotografias recolhidas na primeira fase, servindo como material formativo. A sessão também contemplou uma parte prática, onde as AO puderam observar inicialmente a demonstração realizada pelo investigador e de seguida executaram as técnicas de posicionamento e transferências, a pares.

Para capacitar estas funcionárias para a aquisição de conhecimentos sobre as posturas a adotar durante os cuidados de posicionamentos e transferências dos utentes, fornecemos ainda conteúdos que lhes permitissem adquirir informação sobre a prevenção das LMERT, tais como dois panfletos para consulta: um sobre os aspetos gerais do posicionamento e transferência de utentes; outro sobre exercícios de alongamento corporal, treinados durante a formação. (Apêndice VI e Apêndice VII, respetivamente).

Após esta sessão, partimos para a formação a pares em contexto de trabalho, que se traduziu num prolongamento da formação e simultaneamente avaliação. Sendo os domicílios locais com características diferentes e não se tratando de um ambiente hospitalar com recursos materiais disponíveis, foi imperativo realizar esta etapa, dando tempo necessário até o investigador ter a perceção de que as AO estariam aptas para proceder à avaliação dos conhecimentos adquiridos.

Nesta etapa, corrigimos e avaliamos, junto de cada AO individual ou em pares, as suas posturas e as estratégias utilizadas. Foram realizadas correções posturais de forma individual, tantas quantas as necessárias por cada participante, de forma a dar continuidade de resposta aos objetivos: promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os cuidados prestados aos utentes, e capacitar para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes.

Durante as sessões, as AO estavam expectantes relativamente às mudanças. Dada a dificuldade de avaliar e corrigir duas AO ao mesmo tempo, estas sessões de formação em contexto real, prolongaram-se durante cada turno diário de cada equipa, em vários domicílios, por forma a abranger todas as funcionárias e certificarmo-nos que as suas dificuldades e dúvidas estavam colmatadas, permitindo também que houvesse tempo entre a prática, assimilação, e avaliação final, que decorreu no último domicílio visitado por cada equipa. Após a observação e participação da correção dos comportamentos de

risco encontrados nas posturas e técnicas de posicionamento e transferências de utentes, procedemos ao registo na grelha de análise de práticas ergonómicas. (Apêndice VIII).

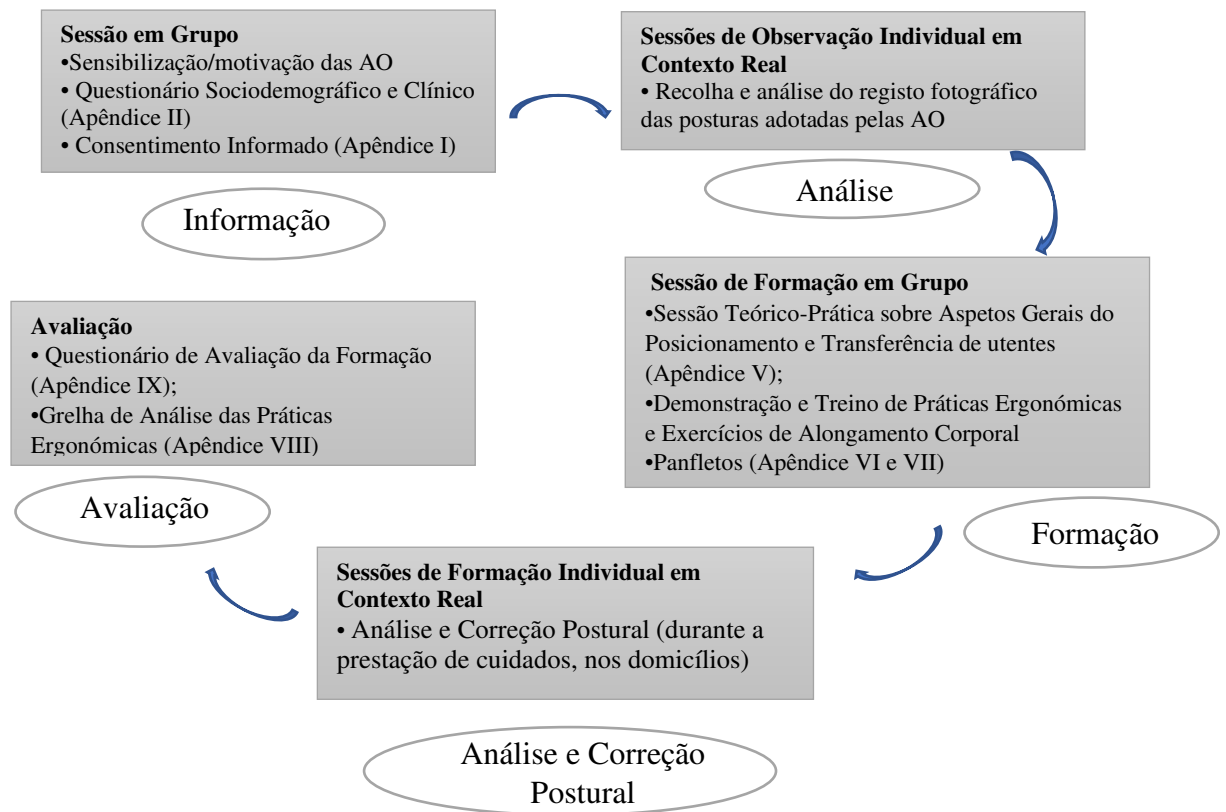
Dado que ao realizar a pesquisa bibliográfica, não encontramos nenhum instrumento que permitisse avaliar os aspetos relacionados com as posturas e comportamentos das AO nas técnicas de posicionamento e transferência dos utentes nos domicílios, dada a especificidade do contexto de trabalho, criámos uma grelha de análise de práticas ergonómicas. Para criar este instrumento basámo-nos no trabalho de Matos (2017) sobre as Lesões Músculo-Esqueléticas na comunidade, em que a autora desenvolveu um estudo junto de cuidadores informais, que prestavam cuidados a familiares dependentes, no seu contexto, também ele o domicílio. A grelha foi também construída tendo em conta os pressupostos da EU-OSHA (2008) e OE (2013) sobre as técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões musculoesqueléticas na prestação de cuidados de saúde, bem como o trabalho de Nobre e Araújo (2018). Obtivemos uma grelha em que agrupamos seis práticas de gestão do ambiente essenciais à prestação dos cuidados executados pelas AO e dez práticas ergonómicas a considerar durante o posicionamento e transferência dos utentes (Apêndice VIII).

Estas sessões foram realizadas, com predomínio, nos turnos da manhã onde existe um maior leque de experiências nos posicionamentos e transferências de utentes.

Solicitou-se, após as sessões de formação e avaliação em contexto real, o preenchimento de um questionário de avaliação da formação (Apêndice IX), no sentido de proceder à avaliação das sessões formativas, bem como a pertinência e impacto das mesmas na vida profissional e pessoal das AO.

Apresentamos de seguida, no diagrama 1, as etapas metodológicas e as estratégias de recolha de dados, anteriormente descritas.

Diagrama 1 - Etapas Metodológicas e Estratégias de Recolha de Dados



5. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Dedicamos agora este tópico à descrição de como procedemos ao tratamento e análise dos dados recolhidos. Importa dizer que esta é uma das etapas que constitui a fase metodológica de um processo de investigação, e que deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho de investigação do estudo.

Atendendo a que a análise de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia (Streubert e Carpenter (2013)), o tratamento e análise dos dados foram divididos pelas diferentes etapas metodológicas previamente apresentadas.

De acordo com Streubert e Carpenter (2013, p. 291) a “avaliação ocorre no final da implementação ou em intervalos específicos de tempo ao longo da mesma. (...) uma avaliação da implementação do processo inclui os dados colhidos durante a reflexão bem como os dados adicionais.” Este processo deve incluir triangulação de técnicas de colheita de dados para validar o significado e o rigor. Como métodos de colheita de dados podem utilizar-se diários de reflexão, análise de incidentes críticos, entrevistas, questionários e observação.

Assim, na primeira sessão em grupo destinada ao preenchimento do Questionário Sociodemográfico e Clínico, não houve interferência por parte do investigador. Os dados obtidos foram analisados recorrendo a estatística descritiva.

A recolha de imagens fotográficas está relacionada com a investigação qualitativa e disponibiliza-nos dados descritivos, que são muitas vezes utilizadas para compreender o subjetivo e frequentemente analisadas indutivamente (Bogdan e Biklen, 1994).

Bogdan, 1988, citado por Bogdan e Biklen, 1994, refere que as fotografias podem representar a visão do que o fotógrafo considera importante, ou seja, quando estudamos fotografias retiramos pistas acerca do que as pessoas valorizam e quais as imagens que preferem. Embora as fotos possam não provar nada de forma conclusiva, quando usadas em complementaridade com outros dados podem adicionar um conjunto de provas importantes para o estudo.

A utilização mais comum de colheita de imagens fotográficas, é talvez em conjunção com a observação participante. Nesta qualidade é a maior parte das vezes utilizada como um meio de lembrar e estudar detalhes que poderiam ser descurados se uma imagem fotográfica não estivesse disponível para os refletir. As fotografias tiradas pelos investigadores no campo fornecem-nos imagens para uma inspeção intensa posterior que procura pistas sobre relações e atividades, fornecem ainda uma razão para juntar as pessoas para uma discussão, o qual produz bons dados - dados sobre as reações das pessoas às fotografias (*Idem*).

Partindo para as sessões de observação individual em contexto real, optamos pela estratégia de recolha e análise de imagens fotográficas, que evidenciam as posturas adotadas pelas AO nas tarefas de posicionamento e transferência dos utentes.

A análise de conteúdo da imagem fotográfica realizou-se no sentido céfalo-caudal, tal como o modelo de atuação da OE (2013). As imagens foram analisadas segundo três níveis de conteúdo: o morfológico que se preocupa com a forma do conteúdo, ou seja, com os atributos técnicos utilizados para obtenção da imagem. O conteúdo temático, onde os elementos de conteúdo presentes na foto são abstraídos pelo pensamento intelectual e se convertem em conceitos ou categorias temáticas. E por fim a análise do conteúdo icónico consiste na descrição do que se vê literalmente na fotografia (Robledano Arillo, 2000, citado por Silva, I.O.S.; Fujita, M.S.L.; Bizello, M.L., 2009).

Posteriormente realizaram-se sessões de formação teórico-prática em sala, em grupo. A formação prolongou-se durante as sessões de formação individuais em contexto real, tendo ainda uma componente de avaliação, aplicando-se como método de avaliação dos

conhecimentos adquiridos pelas AO, o registo da grelha de análise das práticas ergonómicas. A sua análise realizou-se com recurso a uma tabela, que foi colorida, utilizando tons de verde para itens realizados durante a avaliação, vermelho para itens não realizados, e amarelo para itens não aplicáveis durante determinada avaliação.

Por fim, a aplicação de Questionário de Avaliação da Formação (Apêndice IX), cujos resultados foram determinados recorrendo a estatística descritiva.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer investigação, provoca questões morais e éticas no seu desenrolar, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdade dos inquiridos que participam no estudo, em todas as fases de desenvolvimento do mesmo, evitando desvios éticos na conduta científica. Acima de qualquer interesse científico, devem ser garantidos os direitos individuais dos participantes.

Segundo Ribeiro (2010), em investigação os aspetos éticos são decisivos. A ética aponta limites e os espaços na investigação, e sem um código de ética, é a própria investigação que fica em causa.

A investigação em seres humanos tem sido regulamentada ao longo das últimas décadas, tendo sido gradualmente instaurados códigos de ética à escala nacional e internacional, em consequência de experiências e observações efetuadas no passado sem qualquer tipo de controlo social. A investigação biomédica e comportamental que envolve seres humanos deve reger-se por princípios básicos que visam proteger a integridade física e psicológica dos sujeitos da investigação. Assim, segundo Fortin (2009), devem ser condição da investigação: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela privacidade e confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Seguindo este pensamento, as medidas previstas no decurso do estudo e aquando da aplicação dos diferentes instrumentos para assegurar o cumprimento das normas aplicáveis internacionalmente, numa primeira fase passaram por um processo de verificação e aprovação por parte da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I).

Procedemos inicialmente à formalização do pedido de autorização para a realização do estudo, junto da Direção Técnica da IPSS (Apêndice XI).

Após a validação por parte da Comissão de Ética, foram informadas as AO e explicados os objetivos da investigação, garantindo a participação voluntária, anónima e confidencial dos intervenientes, elaborando um termo de consentimento informado (Apêndice I).

Foi também solicitado à Direção Técnica que entregasse o consentimento informado a cada família (Apêndice XII), no sentido de aprovarem a presença do investigador nos domicílios, bem como o recurso ao registo fotográfico, esclarecendo que este não revelaria nunca a identidade dos participantes.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para proceder à interpretação dos resultados obtidos, recorreremos ao estudo desenvolvido por Nobre e Araújo (2018), onde as autoras estudaram um grupo de Auxiliares de Ação Médica, que desempenhavam funções similares, no entanto em contexto de Unidade de Cuidados Continuados, tendo um ambiente controlado, com os recursos necessários para o posicionamento e transferências de utentes e num trabalho desenvolvido em parceria com Enfermeiros. Embora a maioria dos estudos atuais que se debruçam sobre a temática das LMERT sejam realizados com amostras pertencentes a outros grupos profissionais, nomeadamente Enfermeiros, também utilizaremos estes estudos para obter comparações com o nosso, tal como o de Serranheira (2012), o de Gurgueira, Alexandre e Filho (2003) e Assunção e Brito (2011). No âmbito social, recorreremos ao estudo de Oliveira (2007), de forma a analisar as questões relacionadas com o SAD.

1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

Para caracterizar as participantes social e demograficamente, recorreremos à aplicação do questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice II).

Como se pode observar na tabela 2, a população deste estudo é constituída por 12 participantes, do género feminino (100%), de idade adulta (\bar{x} de idades = 41 anos, com σ de 6 anos), maioritariamente casadas.

Segundo a EU-OSHA (2014) o setor da ação social é um dos setores que emprega cerca de 10% dos trabalhadores da UE, sendo que as mulheres representam 77% dos trabalhadores nos vários contextos (hospitais, lares e unidades de cuidados, consultórios médicos, etc.) e também na prestação de cuidados de SAD como no estudo que desenvolvemos.

Oliveira (2007), no estudo desenvolvido sobre os SAD, concluiu na caracterização das ajudantes familiares domiciliárias, que se tratava de uma amostra 100% feminina, com média de idades de 39,9 anos.

O mesmo verificou, Serranheira, [et al.] (2012) referem que num estudo semelhante ao efetuado tratava-se de um grupo predominantemente do género feminino (77,4%).

Também Nobre e Araújo (2018), estudaram um grupo de auxiliares de ação médica, cuja amostra era constituída apenas por mulheres.

Relativamente às variáveis antropométricas, verificamos que a média de alturas (em cm) é $\bar{x}=162,5\text{cm}$, com σ de 12,7cm; quanto ao peso (em Kg), calcula-se $\bar{x}=71,5\text{ Kg}$ e com σ de 8 Kg. No que concerne ao Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria encontra-se no patamar Pré-Obesidade (25%) e Obesidade grau I (33,3%).

Estes dados coadunam-se com as respostas dadas à questão “Pratica Exercício Físico?”, em que 75% da população nega praticar qualquer tipo de exercício físico. Apenas três participantes realizam alguma atividade física, designadamente, a caminhada (sete vezes por semana) e ginásio (não especificaram modalidades ou exercícios praticados (duas vezes por semana).

No estudo desenvolvido por Serranheira, Uva e Uva. (2012), assim como o de Nobre e Araújo (2018), não foi possível relacionar estatisticamente o género, a idade e o IMC, com a presença de dor no sistema músculo-esquelético ou sensação de desconforto. O mesmo se verificou neste estudo, em que participantes que apresentam um nível eutrófico (IMC), referem queixas algícas após o dia de trabalho.

Metade das inquiridas possui o Ensino Básico (9º ano completo), assim como a maioria das participantes referem ter formação institucional sobre o tema das LMERT.

No estudo de Oliveira (2007), a autora constatou que a maioria das profissionais possuía apenas a escolaridade obrigatória e o nível de escolaridade correspondente ao Ensino Secundário era de 20% da amostra. Verificou ainda, que a generalidade das ajudantes familiares domiciliárias frequentou formação profissional ligada à sua prática profissional (80%).

Avaliando os conhecimentos das AO, sobre o tema em estudo, oito elementos (66,7%), possuem formação nesta área, sendo que, segundo a Direção Técnica, a última que ocorreu foi há cerca de seis anos. Assim, constatamos que os restantes quatro elementos (33,3%) não possui qualquer formação relevante na área da prevenção das LMERT, tratando-se sobretudo de funcionárias que exercem funções há menos de seis meses ou um ano. Podemos relacionar assim a presença de queixas algícas com a formação prestada pela IPSS às AO relativamente à temática das LMERT. Verificamos que apenas duas participantes (16,6%) com formação não referem sentir dores. As restantes 83,4% da amostra que refere queixas algícas possui formação, ministrada há cerca de seis anos, o que nos leva a crer que de facto existe necessidade de implementar novos ciclos de formação.

Torna-se, ainda, pertinente referir que 16,7% das participantes referem executar funções semelhantes às executadas no SAD, a título particular, cuidando de idosos, o que se traduz em carga de trabalho superior.

Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da População (n=12)

Género	Ni	Fi%
Feminino	12	100
Masculino	0	0

Idade (anos)	Mín. -Máx.	□	Σ
	26-57	41	6

Estado Civil	Ni	Fi%
Solteiro	3	25
Casado	4	33,3
União de Facto	2	16,7
Divorciado	2	16,7
Viúvo	1	8,3

Medidas Antropométricas	Mín.-Máx.	\bar{x}	Σ
Peso (Kg)	98-48	71,5	8
Altura (cm)	171-150	162,5	12,7

Índice de Massa Corporal	Ni	Fi%
Baixo Peso (<18,5)	0	0
Eutrofia (18,5-24,9)	4	33,3
Pré-obesidade (25-29,9)	3	25
Obesidade, grau I (30-34,9)	4	33,3
Obesidade, grau II (35-39,9)	1	8,3

Habilitações Literárias	Ni	Fi%
Ensino Primário	1	8,3
Ensino Básico (9º ano completo)	6	50
Ensino Secundário (12º ano completo)	2	16,7
Ensino Secundário (12º ano incompleto)	2	16,7
Ensino Superior	1	8,3

Formação relacionada com a temática	Ni	Fi%
Sim	8	66,7
Não	4	33,3

Vínculo profissional com a IPSS (tempo)	Ni	Fi%
Menos de seis meses	2	16,7
Entre seis meses e um ano	3	25
Entre um e dois anos	0	0
Mais de dois anos	7	58,3

Exerce funções semelhantes fora da IPSS	Ni	Fi%
Sim	2	83,3
Não	10	16,7

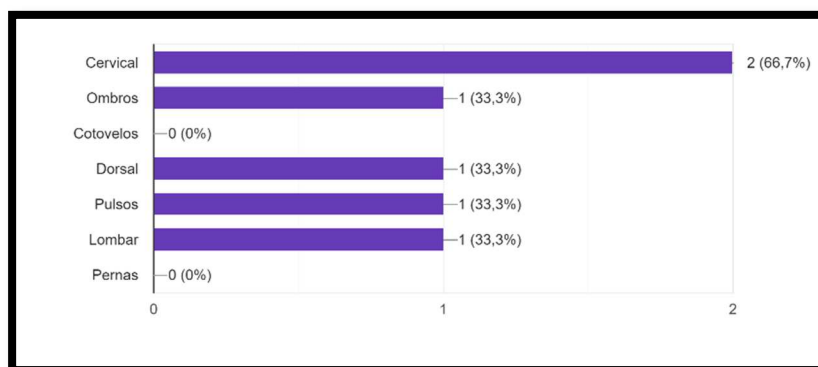
1.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA POPULAÇÃO

Clinicamente, podemos constatar que nove participantes (75%) não apresentavam queixas álgicas antes de iniciar a função que atualmente desempenham (Tabela 3). Três elementos sentiam já dores a nível da cervical, ombros, pulsos e coluna dorso-lombar (Gráfico 1).

Tabela 3 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor previamente à função de Assistente Operacional (n=12)

	Ni	Fi%
Sim	3	25
Não	9	75

Gráfico 1 – Queixas álgicas referidas pelas participantes, por região anatómica, previamente à função de Assistente Operacional (n=3)



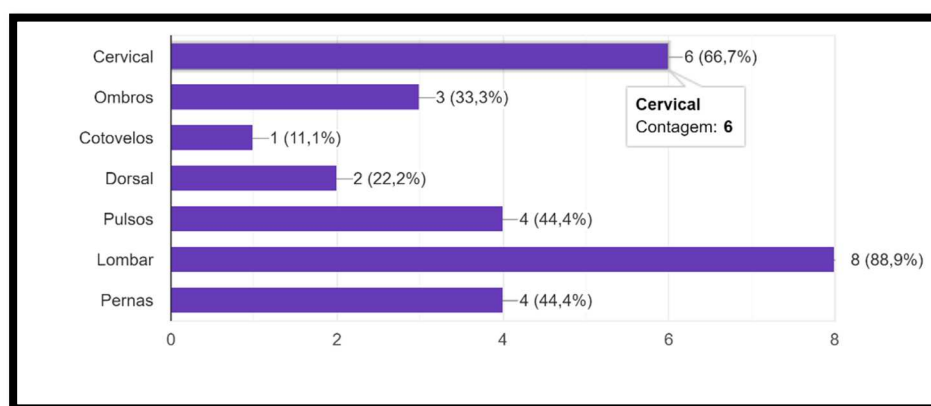
O contrário se verifica, após o dia de trabalho, 75% das participantes, refere dorso-lombalgias (88,9%) e cervicalgias (66,7%). Tal como observamos na Tabela 4, a distribuição percentual relativa às queixas álgicas sentidas pelas AO, nos últimos sete dias, tem maior expressão ao nível da região lombar (88,9%), cervical (66,7%), pulsos e pernas (44,4%), seguido de ombros (33,3%) (Gráfico 2).

De seguida, apresentamos a tabela 3, onde se encontram os valores percentuais relativo à dor sentida previamente à função atual e a comparação com a dor atualmente referida pelas AO e a sua intensidade.

Tabela 4 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor, após a jornada de trabalho (n=9)

	Ni	Fi%
Sim	9	75
Não	3	25

Gráfico 2 – Queixas álgicas referidas pelas participantes, por região anatómica, após a jornada de trabalho (n=9)



Podemos ainda relacionar a localização anatómica da dor e a sua intensidade.

Após a distribuição da intensidade de dor referida pelas AO pelas regiões anatómicas identificadas pelas mesmas, concluímos que das participantes que referem dor cervical, 33,3% sente dor moderada; 16,6% referem dor moderada na região dorsal; 50% referem dor moderada a intensa na região lombar e 16,6% refere dor ligeira; nos ombros referem dor intensa 16,6% das participantes; 8,3% referem dor intensa nos cotovelos; 25% referem dor moderada a intensa nos pulsos e 25% referem dor intensa nas pernas (Tabela 5).

Após esta análise, facilmente verificamos que a localização anatômica mais afetada é a região lombar, onde as AO que descrevem dor, 66,6%, identificam processos dolorosos e desconforto associado a níveis de dor mais elevados, na escala numérica da dor. Segue-se a região cervical (49,9%), pernas (33,3%) e ombros e pulsos (24,9%). Tal como descrito por Serranheira Uva e Uva (2012), a prevalência de sintomas de LMERT, quanto à presença de dor na região lombar foi a mais citada (60.9%), sendo este valor o mais aproximado deste estudo. Nos estudos levados a cabo por Nobre e Araújo (2018), 57,1% das participantes referem dor lombar, assim como no estudo de Gurgueira, Alexandre e Filho (2003), onde a dor lombar é referida por 59% das participantes, dor de ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%) (Tabela 6).

A nível europeu, de acordo com o VI relatório sobre as condições de trabalho da European Foundation - Overview report, (2016) o as queixas mais relatadas são a dor lombar (44%), seguido de dores musculares nos braços (42%), cefaleia e fadiga (ambos 36%), dores musculares nas pernas (30%), ansiedade (16%), lesões (7%).

Mantém-se ainda queixas generalizadas de desconforto/peso/cansaço e relacionadas com parestesias dos membros superiores, edemas dos pulsos e pernas. Apenas 25% recorrem ao uso de dispositivos para diminuição e/ou prevenção da dor, nomeadamente cintas lombares e pulsos elásticos. Referem dor máxima sentida atualmente, segundo a Escala Numérica da Dor, dor moderada (33,3%) e dor intensa (24,9%), sendo que a mesma percentagem (58,3%) recorre a terapêutica analgésica.

Quanto à relação da intensidade da dor com a idade das AO, verificamos que as participantes com idades entre os 35 anos e os 57 anos (58,3%), referem dor moderada a intensa; duas participantes (16,6%) com idades entre 29 e 30 anos, referem dor ligeira. As restantes três participantes, duas com idades compreendidas entre os 29 e 30 anos e uma com 51 anos, não referem queixas álgicas após o dia de trabalho. Segundo a EU-OSHA (2014), os trabalhadores mais velhos sofrem frequentemente lesões mais graves do que os trabalhadores mais jovens e, quando são vítimas de lesão no local de trabalho, poderão necessitar de períodos de recuperação mais longos do que os seus colegas mais jovens.

Igualmente, também podemos relacionar a presença de dores com o tempo de exercício profissional. Assim, após a análise das respostas, aferimos que 50% das participantes, que exercem funções nesta instituição há mais de dois anos, refere queixas álgicas; entre seis meses e um ano, 16,7% e há menos de seis meses, 8,3% também referem dor.

Tabela 5- Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor) sentida nos últimos sete dias (n=12)

	Ni	Fi%
0 (Ausência de dor)	2	16,7
<5 (Dor ligeira)	3	25
Igual a 5 (Dor moderada)	4	33,3
>5 (Dor intensa)	3	24,9

Tabela 6 – Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor), por região anatómica (n=12)

Dor Cervical	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	1	8,3
Igual a 5 (Dor moderada)	4	33,3
>5 (Dor intensa)	1	8,3

Dor Ombros	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-
Igual a 5 (Dor moderada)	1	8,3
>5 (Dor intensa)	2	16,6

Dor Cotovelos	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-
Igual a 5 (Dor moderada)	0	-
>5 (Dor intensa)	1	8,3

Dor Pulsos	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-
Igual a 5 (Dor moderada)	1	8,3
>5 (Dor intensa)	2	16,6

Dor Lombar	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	2	16,6
Igual a 5 (Dor moderada)	3	25
>5 (Dor intensa)	3	25

Dor Dorsal	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-

Igual a 5 (Dor moderada)	2	16,6
>5 (Dor intensa)	0	-

Dor Pernas	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	1	8,3
Igual a 5 (Dor moderada)	0	-
>5 (Dor intensa)	3	25

Quanto ao controlo da dor, 58,3% das AO referiram recorrer à terapêutica analgésica para alívio sintomático. Comparando, novamente, estudos com enfermeiros devido ao paralelismo de funções semelhantes, Serranheira, [et al.] (2012) relata que cerca de dois terços dos enfermeiros toma medicamentos regularmente (67,3%), e que dos que tomam, destacam-se as terapêuticas com calmantes e com contracetivos orais, não estando estes relacionados com a melhoria da sintomatologia de LMERT.

No que concerne à incapacidade causada pelas LMERT e o absentismo, verificamos que durante o ano anterior apenas uma participante esteve de baixa médica (8,3%).

Serranheira, [et al.] (2012) destacam o absentismo associado à sintomatologia músculo-esquelética e eventuais lesões referidas nas zonas lombar (n=177), cervical(n=99), dorsal (n= 78), nos ombros (n =87) e nos punhos/mãos (n =72).

Gurgueira, Alexandre e Filho (2003) verificaram que, das participantes no seu estudo, 29,5% faltaram ao trabalho durante um ano devido a sintomas músculo-esqueléticos.

Segundo Assunção e Brito (2011), num estudo efetuado sobre absentismo por doença, a maior parte dos atestados de incapacidade temporária vão até três dias, no entanto, “as licenças por doenças do sistema osteoarticular (61%) tem duração superior a três dias, estando nestas incluídas as lombalgias, frequentemente relacionadas com atividades que exigem esforço físico.”

No presente estudo, verificamos que a participante que referiu ter estado de baixa médica, uma vez no ano, encontrou-se com incapacidade para o trabalho, mais de uma semana, é funcionária da Instituição há mais de seis meses, mas menos de um ano. Anteriormente a desempenhar funções de AO, não referia queixas álgicas, sendo que atualmente identifica dor moderada na região lombar, com sensação maior de desconforto, cansaço e dificuldade em executar os movimentos com os membros superiores e inferiores.

Tabela 7 – Distribuição das participantes conforme outros dados clínicos (n=12)

Recurso a medicação analgésica	Ni	Fi%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Outras queixas	Ni	Fi%
Sensação de desconforto/cansaço/peso	9	75
Sensação de parestesias	5	41,7
Edemas	5	41,7
Aumento da dificuldade em realizar movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas, pés	7	58,3
Melhoria dos sintomas em folga/férias	Ni	Fi%
Sim	6	50
Não	6	50
Duração dos sintomas superior a 30 dias	Ni	Fi%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Uso de dispositivos	Ni	Fi%
Sim	3	25
Não	9	75
Faltas/ Incapacidade para o Trabalho no último ano	Ni	Fi%
Sim	1	8,3
Não	11	91,7

2. PRÁTICAS ERGONÓMICAS ADOTADAS PELAS ASSISTENTES OPERACIONAIS

Os momentos de observação em contexto real de trabalho permitiram desenvolver um diagnóstico, ao captar, através da observação e da fotografia, os comportamentos de risco e as práticas ergonómicas das AO no desempenho das suas funções. Estes aspetos observados e registados fotograficamente, foram os vetores do instrumento de avaliação das aprendizagens, a grelha de análise das práticas ergonómicas, que contempla as práticas relacionadas com a gestão do ambiente, para os cuidados a prestar, e as relacionadas com a mobilização dos utentes.

Esta análise decorre do que se encontra preconizado pela EU_OSHA (2008) no seu artigo “Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde” e pela OE (2013) “Guia Orientador De Boas Práticas. Cuidados à Pessoa Com Alterações Da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências E Treino De Deambulação”, onde são descritas recomendações e exemplos, que pretendem ajudar a reduzir o número e a gravidade de LME resultantes de atividades de mobilização de utentes com elevado grau de dependência.

2.1.DE GESTÃO DO AMBIENTE

Tal como já fora explicado, descrevemos seis práticas de gestão do ambiente essenciais às boas práticas das AO, que decorrente da observação inicial realizada, foram detetados como aspetos a destacar na etapa da formação.

- **Usa calçado e roupa adequada à função**

O uso de calçado e roupa inadequado à função, foram aspetos identificados como comportamento de risco inerente à função desempenhada pelas AO (Fig.1). A IPSS fornece batas de proteção, não fornece farda completa, ficando a escolha da roupa ao critério de cada AO, bem como o calçado. A roupa confortável, com elasticidade, é um elemento fulcral para obtermos a liberdade de movimentos e permitir que estes sejam mais ergonómicos nos posicionamentos e transferências dos utentes. O uso de calçado fechado, de preferência antiderrapante para prevenção de quedas é essencial atendendo a que encontramos locais de difícil acesso, pisos escorregadios, bem como meio de segurança contra agentes químicos e outro tipo de lesões cutâneas.

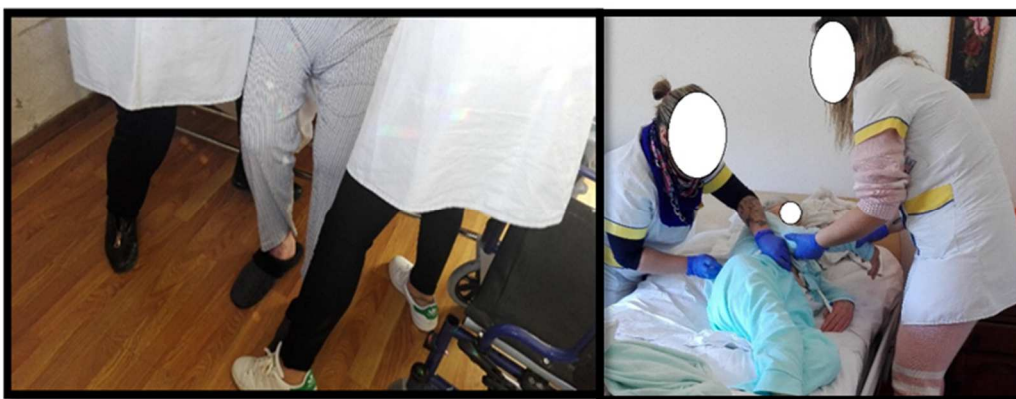


Figura 1 – Roupas e calçado

- **Trava a cama**
- **Trava o cadeirão/cadeira de rodas**

Apesar de as camas, cadeirões e cadeiras de rodas, observados nos domicílios visitados, possuírem sistema de travagem (Fig. 2), apenas uma AO o utilizou. Foram encontradas duas camas que não travavam (Fig.3).

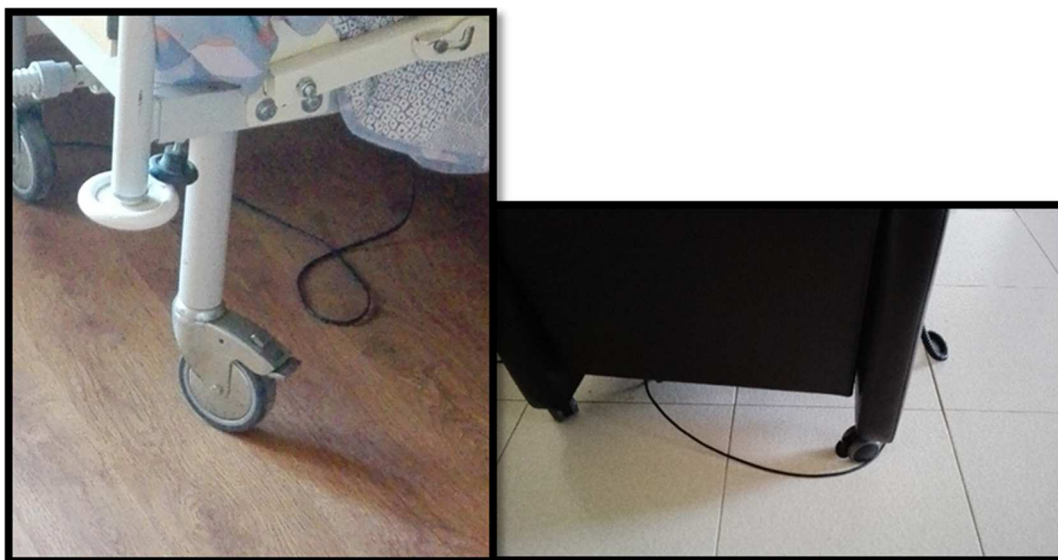


Figura 2 – Sistema de travagem



Figura 3 - Cama sem sistema de travagem

- **Eleva a cama ao nível da sua cintura**

Apenas uma das camas observada nos domicílios era elevatória em altura (Fig. 4).

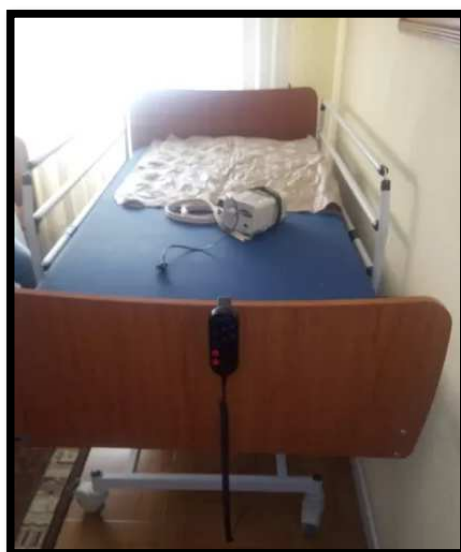


Figura 4 – Sistema elevatório em altura

- **Gere o espaço para adequar a disposição da cama**

A gestão do espaço é um aspeto muito relevante, uma vez que, encontramos domicílios onde no quarto existe uma cama de casal para um utente, com móveis em redor, que apenas dificultam o desempenho das tarefas das AO.

Tal como podemos analisar nas fotografias seguintes, a cama de casal e móveis ocupam o espaço disponível para executar a transferência da utente da cama para a cadeira de rodas em segurança (Fig. 5).



Figura 5- Espaço físico nos domicílios

- **Realiza os posicionamentos /transferências do utente em coordenação com o par**

As operações de posicionamento e transferência de utentes com mobilidade reduzida devem ser executadas por vários prestadores de cuidados (no mínimo dois) (EU-

OSHA,2008). Assistimos, em vários casos, à descoordenação do par no momento de posicionamentos dos utentes, tornando a tarefa mais difícil para o elemento que está a aplicar mais força e uma postura inadequada, bem como mais desconfortável para o utente (Fig. 6).



Figura 6- Coordenação do par

2.2. DE MOBILIZAÇÃO DOS UTENTES

Analisaremos agora, as fotografias recolhidas, que evidenciam as inadequações nas posturas das AO, aquando dos posicionamentos e transferências dos utentes. Os dez itens destinam-se, tal como anteriormente, à avaliação das práticas ergonómicas na fase final do estudo.

- Colocar-se o mais próximo da cama e manter o utente mais próximo de si - a AO deve posicionar-se o mais perto possível do utente, podendo inclusive colocar o joelho na cama deste, o que permite obter uma postura mais adequada, pois não será necessário inclinar-se ou estender-se sobre a cama durante a tarefa, nem fazer os esforços físicos necessários enquanto as costas estiverem fletidas (EU-OSHA, 2008).
- Evitar alcances excessivos - os alcances excessivos devem-se à má disposição do mobiliário no quarto - tal como observamos, várias foram as AO que apresentam dificuldade em posicionar-se junto à cama do utente e manter o utente aproximado do seu corpo, o que leva necessariamente a alcances excessivos (Fig.7).



Figura 7- Distância entre a AO e a cama e o utente

- Afastar ligeiramente as pernas e colocar um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada – a AO deve posicionar-se junto à cama do utente e assegurar uma postura em que mantenha as pernas ligeiramente afastadas e um pé colocado ligeiramente à frente, o que promove uma base de apoio mais ampla. (EU-OSHA, 2008) - observamos várias AO que não mantêm uma base de sustentação alargada, tornando-se um comportamento de risco durante as posturas adotadas nos cuidados prestados (Fig. 8);



Figura 8 – Base de apoio da AO

- Mantém a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curva natural, evita movimentos de rotação e flexão - a coluna vertebral deve ser mantida numa posição de acordo com a sua curva natural, evitando movimentos de flexão e rotação, “tendo o cuidado de evitar sobrecargas ao alongar ou flectir” (EU-OSHA,2008, p. 6,).

Verificamos que ao longo das sessões de observação, várias AO não adotam posturas que favoreçam o correto alinhamento da coluna vertebral, executando movimentos que provocam a flexão e rotação da mesma, tal como visualizamos na figura 9.

Serranheira, [et al.] (2009) referem, que as LMERT nos profissionais de saúde estão relacionadas com o movimento de flexão da coluna lombo-sagrada durante a prestação de cuidados, e que a prevenção passa pela implementação de sistemas de transferência de utentes, que se manifesta na redução de queixas e de absentismo laboral.



Figura 9 – Flexão e rotação da coluna da AO

- Movimenta os membros inferiores e desloca o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar (Fig. 10);
- Utilizar os músculos dos membros inferiores aquando do levantar do utente (Fig. 10) – Aquando dos movimentos de mobilização dos utentes na cama e/ou transferência da cama para cadeirão, verificámos que as AO não realizam estes movimentos com os membros inferiores e não deslocam o seu peso no sentido do movimento a realizar, tal como visualizamos na figura 10.



Figura 10 – Movimento dos membros inferiores no sentido do movimento a realizar

- Segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica e supra cavado poplíteo – na figura 11, é possível visualizar a forma como as AO seguram o utente, o que leva a posturas inadequadas por parte das AO durante a transferência da cama para o cadeirão, nomeadamente, flexão e rotação da coluna vertebral;



Figura 11 – Segurar o utente pelas regiões anatómicas (zona escapular, pélvica e supra cavado poplíteo);

- Usa resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascendente e descendente na cama – na figura 12 observamos a forma como as AO mobilizam o utente na cama, seguram o mesmo através da roupa do pijama, não fazendo uso do resguardo de pano;



Figura 12 - Usar resguardo para movimentar o utente na cama

3. RESULTADOS DA GRELHA DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS ERGONÓMICAS

As condições e características do trabalho domiciliário que podem desencadear LMERT nas AO, encontram-se relacionadas com diversos fatores de risco, os físicos e biomecânicos, os fatores de risco psicossociais, os organizacionais e os fatores de risco individuais.

A problemática central do estudo são os riscos biomecânicos (posturas) adotadas pelas participantes durante o posicionamento e transferências de utentes e os riscos individuais dada a falta de formação para a função que desempenham.

Embora as AO tenham dado respostas afirmativas para o facto de possuírem formação para a função que desempenham, após uma reflexão face às etapas metodológicas delineadas, parece-nos que as participantes possuem formação deficitária para a função que desempenham, provavelmente por escassez de reciclagem de formação ou por carência de aplicabilidade prática. Apresentam também reduzidos conhecimentos face aos riscos a que estão expostas diariamente no contexto em que trabalham.

Para concretizar este estudo, foi necessário retornar à observação em contexto real de trabalho das AO, na prestação direta dos cuidados aos utentes que usufruem do SAD. Desta vez, a observação por parte do investigador foi participada, dando continuidade ao processo de formação que se havia iniciado em sala. Neste momento, o investigador partiu com a AO para a prática, estando disponível para observar, analisar, corrigir as inadequações posturais que ainda surgem e refletir sobre as mesmas após o término dos cuidados prestados. Esta etapa, decorreu da mesma forma que a inicial, sendo observada cada AO, enquanto desempenhava as funções com o par. Foram necessários vários dias para conseguir observar todas as AO, uma vez que, nem todas apresentam o mesmo ritmo de aprendizagem e sentem dificuldades diferentes, dado que executam as funções em domicílios diferentes, rotativamente, ou seja, não encontram todos os dias as mesmas dificuldades, também foi um motivo de maior demora no término desta fase. Assim, após o investigador perceber que estariam aptas a ser avaliadas, mediante a observação e preenchimento da grelha de análise das práticas ergonómicas, esta passou a ser preenchida no momento em que se avaliava cada AO.

Posteriormente, passamos à sua exposição com recurso aos dados recolhidos através do preenchimento da grelha, que apresentamos de seguida, com as distribuições percentuais de cada item (Tabela 8).

No estudo desenvolvido por Nobre (2018), as participantes, auxiliares de ação médica, desempenhavam funções numa Unidade de Cuidados Continuados, que se trata de um contexto de trabalho com um ambiente controlado e com recursos materiais disponíveis, sendo diferente do contexto dos domicílios. Tendo tido por base a Checklist criada pela autora, pudemos comparar alguns itens relativos aos comportamento e posturas ergonómicas observadas no seu estudo, bem como no nosso.

De uma forma geral, quanto aos aspetos ergonómicos e posturais podemos dizer que os seguintes - “Trava a cama”, “trava o cadeirão/cadeira de rodas”, “realiza os posicionamentos/transferências do utente em coordenação com o par”, “afasta ligeiramente as pernas e coloca um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada”, “segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica, supra cavado poplíteo”, “usa o resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascende e descendente na cama” e “movimenta, sempre que possível, o utente por rolamento” - foram executados por 100% da população em todas as observações realizadas.

Nobre e Araújo (2018), relativamente ao aspeto “afasta as pernas ligeiramente (aumenta a base de sustentação)”, concluíram que foi o único item executado por 100% da amostra. O uso de equipamentos de apoio, como o resguardo, a autora verificou que as participantes tiveram dificuldade em utilizar os disponíveis no local de trabalho, verificando-se a sua utilização (lençóis/resguardos) por três participantes na mobilização do utente no sentido da largura da cama e uma participante na mobilização do utente no sentido ascendente ou descendente da cama.

- O uso de calçado e roupa adequado à função, foi algo em que se verificou uma mudança em 33,3% das participantes, sendo que as restantes mantiveram o uso de calçado pouco confortável à função e aberto, havendo riscos biológicos inerentes. Quanto à roupa, das 66,6% que continuaram a usar roupa pouco confortável para a função verificamos que não fletem nem estendem os músculos dos membros inferiores aquando da transferência do utente, isto porque os movimentos são limitados pela pouca maleabilidade dos tecidos.

- A elevação das camas em altura, existindo apenas uma cuja esta função era possível, verificamos que as seis AO que tiveram oportunidade de desempenhar funções neste domicílio, realizaram-no. As restantes seis AO, apesar de o terem feito na formação em sala, não foi possível observar esta prática em contexto prático, dado que nem todas passam pelos mesmos domicílios. No estudo de Nobre e Araújo (2018), ainda que

realizado num contexto em que todas as camas possuem o sistema elevatório, 66,7% das auxiliares de ação médica, realizaram o ajuste da altura da cama à articulação da coxofemoral e mantiveram a coluna em posição ereta face à sua curvatura normal, sendo que as restantes 33,3% as executam inadequadamente.

- A gestão do espaço no quarto do utente, é também uma tarefa que 66,6% conseguiu realizar e entendeu ser uma necessidade face a espaços pequenos cuja disposição dos móveis, não permite um fácil manuseio. Outra parte, 16,6% não demonstrou relevância em modificar o espaço, o que se traduziu em dificuldades em evitar alcances excessivos e manter uma posição neutra da coluna. As restantes 16,6% das AO não tiveram possibilidade de gerir o espaço pelo facto de este ser inapropriado e pelas famílias mostrarem-se renitentes à alteração do mesmo no momento em que prestam cuidados.

- Colocar-se o mais próximo da cama e manter o utente mais próximo de si, 83,3% conseguiu executar este item com sucesso, o que também se traduziu em menores alcances excessivos.

- Movimentar os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar; deslocar o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar e utilizar os músculos dos membros inferiores aquando da transferência do utente, 41,6% conseguiu realizar este item aquando da prestação de cuidados de higiene e mobilização dos utentes na cama, sendo que 58,3% não o realizaram, pelo facto já referido anteriormente, o uso de calçado e roupa inadequado não permite liberdade dos movimentos. Segundo Nobre e Araújo (2018), nas mobilizações dos utentes, 50% das participantes utilizou os músculos das pernas e das ancas adequadamente e deslocou o peso corporal de acordo com o movimento que estava a executar, e 50% não o executou durante toda a mobilização ou não apresentou flexão suficiente. Estes dados resultam da maior facilidade que apresentam no contexto do estudo, pela gestão do espaço mais eficaz, bem como a utilização de fardas e calçado adequado à função.

- Manter a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curvatura natural, evitando a rotação e a flexão, apenas 33,3% conseguiram evitar o movimento inadequado, sendo que mesma percentagem conseguiu evitar alcances excessivos. As restantes 66,6% não mostraram esta correção face a esta inadequação da postura, quando avaliadas.

Segundo Serranheira, [et al.] (2009), a existência de posturas extremas (ex.: flexão pronunciada do tronco, torção ou rotação da coluna vertebral, alcances extremos com os membros superiores) com elevada (excessiva) compressão discal, particularmente no

segmento lombo-sagrado que podem originar LMERT, derivam da postura da coluna vertebral em que se efetua o posicionamento e transferência dos utentes, o peso destes, a distância e a duração desse posicionamento e/ou transferência, juntamente com as componentes espaciais, as exigências organizacionais colocadas aos profissionais, como o número de utentes a cuidar, e a existência ou a falta de equipamentos de apoio à movimentação/transferência destes.

Assim, os métodos de análise ergonómica e postural evidenciaram que os aspetos menos conseguidos pelas AO, foram a utilização dos músculos das pernas e das ancas, deslocar o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar e manter a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curvatura natural, evitando a rotação e a flexão. Estes comportamentos de risco relacionam-se sobretudo devido a aspetos ergonómicos que também não foram considerados pela maioria das AO, como sendo a adequação do vestuário e calçado, possivelmente devido a questões pessoais como a incapacidade de adquirir roupas e calçado diferente. Concorreram também para estas inadequações, o facto de não haver camas elevatórias nos domicílios, excetuando um; a gestão do espaço dos quartos dos utentes que apresentam condições deficitárias, sendo muitas vezes aspetos de difícil gestão com as famílias, que elas próprias não permitem a modificação da disposição de algum mobiliário.

Tendo em conta as posturas ergonómicas com maior dificuldade de aplicação, nomeadamente a utilização dos músculos das pernas e das ancas, o que provoca uma postura de flexão anterior do tronco que contribui para o processo de produção de forças sobre os discos intervertebrais, causando lombalgias (Portugal, 2007).

Segundo Moreira e Mendes (2005), evidencia-se o esforço físico inerente ao trabalho em saúde (trabalho músculo-esquelético relacionado com a sobrecarga postural) resultante da realização de atividades como a mobilização de objetos e instrumentos pesados, transporte e movimentação de utentes, higiene dos utentes obesos e incapacitados, além dos deslocamentos excessivos a cada jornada de trabalho. Associamos assim estas atividades às desempenhadas pelas AO, dada a semelhança das mesmas.

Torna-se ainda importante referir que, segundo as participantes do nosso estudo, a região lombar, cervical, ombros, punhos e pernas foram as regiões corporais em estudo refere dor atual, e que as suas tarefas enquanto AO não se prendem apenas com a prestação de cuidados diretos aos utentes, mas também com a limpeza dos domicílios, transporte de roupas e lixos, administração de refeições, bem como funções rotativas que

podem desempenhar no seio da Instituição, designadamente tarefas relacionadas com a confeção das refeições.

Constatamos que a Instituição não dispõe de equipamentos auxiliares às mobilizações para que as AO possam utilizar, trabalhando estas com os recursos que estão disponíveis em cada domicílio. O resguardo de pano, feito a partir de um lençol dobrado, é o único meio auxiliar existente. Nas sessões de observação em contexto real, verificou-se que este material já se encontrava na cama dos utentes, mas em muitos casos registados fotograficamente, não era utilizado para esta função. Nestes casos, as AO, não faziam uso do resguardo para mobilizar o utente na cama, puxando - o pelos braços e pernas. Após a formação em sala e durante a formação em contexto real, foi um dos aspetos mais notáveis de mudança, dado que 100% das participantes passaram a usar o resguardo, aproximando-se mais do utente, para o mobilizar na cama.

Segundo Alexandre (2007), os programas ergonómicos que utilizam materiais auxiliares na manipulação de utentes têm comprovado redução significativa nos problemas de coluna vertebral em trabalhadores da área da saúde. Posto isto, reveste-se de importância que as Instituições possam investir na aquisição de equipamentos auxiliares, pois tendem a reduzir as ocorrências de absentismo (que ocasiona a diminuição do quadro de funcionários e, por conseguinte, a sobrecarga dos demais). Tais investimentos agregam eficiência à Instituição, qualidade de trabalho aos funcionários e segurança aos utentes (Morandi [et al.], 2015).

Tabela 8 - Grelha de Análise das Práticas Ergonómicas

	Grelha de Análise das Práticas Ergonómicas	SIM	NÃO	NA
Gestão do Ambiente	1. Usa calçado e roupa adequada à função	33,3%	66,6%	-
	2.Trava a cama	100%	-	-
	3.Trava o cadeirão/cadeira de rosas	100%	-	-
	4.Eleva a cama ao nível da sua cintura (se aplicável)	50%		50%
	5.Gere o espaço para adequar a disposição da cama (se aplicável)	66,6%	16,6%	16,6%
	6.Realiza os posicionamentos/transferências do utente em coordenação com o par	100%	-	-
Mobilização dos utentes	7.Coloca-se o mais próximo da cama e mantém o utente mais próximo de si	83,3%	16,6%	-
	8.Afasta ligeiramente as pernas e coloca um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada	100%	-	-
	9.Movimenta os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar	41,6%	58,3%	-
	10.Mantém a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curva natural, evita movimentos de rotação e flexão	33,3%	66,6%	-
	11.Segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica, supra cavado poplíteo	100%	-	-
	12.Usa resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascendente e descendente na cama	100%	-	-
	13.Movimenta, sempre que possível, o utente por rolamento	100%	-	-
	14.Desloca o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar	41,6%	58,3%	-
	15.Utiliza os músculos dos membros inferiores aquando do levante do utente	41,6%	58,3%	-
	16. Evita alcances excessivos	33,3%	66,6%	-

4. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO

A avaliação final da formação realizada ao longo da aplicação deste estudo, concretizou-se com o preenchimento do Questionário de Avaliação da Formação (Apêndice IX)

Através da análise dos dados do questionário pode dizer-se que, na sua globalidade (100%), as AO consideraram a temática da formação como muito importante, sendo que 75% participantes consideraram os conteúdos das sessões de formação com máxima aplicabilidade prática. A nível pessoal, consideraram o tema com 66,7% de utilidade nas suas vidas pessoais.

Considerando que as AO desempenham as suas funções em par, questionamos se os conteúdos práticos abordados facilitavam o desempenho do par, sendo que 66,7% da população respondeu que seriam muito úteis ao trabalho do par, prestação dos cuidados.

Foi importante perceber em que situações as AO aplicavam os conhecimentos adquiridos. Sendo este um item de escolha múltipla obtivemos várias respostas possíveis (gráfico 3) – em que 100% das participantes aplicam no trabalho a pares; 66,7% aplicam também no trabalho individual; 75% referiu aplicar aquando da presença do investigador durante as sessões de formação nos domicílios; 33,3% referem também aplicar os conhecimentos no seu trabalho doméstico ou mesmo em funções similares que exerçam fora da IPSS.

Gráfico 3- Distribuição das participantes quanto às situações de trabalho em que aplicam os conhecimentos adquiridos após as sessões de formação (n=12)

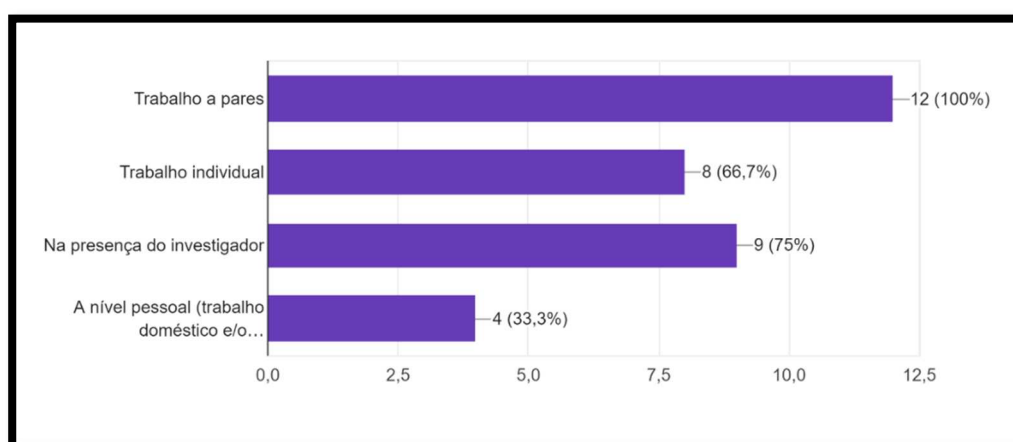


Tabela 9 - Distribuição das participantes conforme a aplicação prática dos conteúdos no contexto de trabalho (n=12)

	Ni	Fi%
Máxima aplicação prática	9	75%
Bastante aplicação prática	3	25%
Alguma aplicação prática	-	-
Pouca aplicação prática	-	-
Nenhuma aplicação prática	-	-

Tabela 10 - Distribuição das participantes conforme o impacto do tema formativo na sua vida pessoal (n=12)

	Ni	Fi%
Muito útil	3	25%
Útil	8	66,7%
Pouco útil	1	8,3%
Nada útil	-	-

Tabela 11 - Distribuição das participantes segundo a utilidade dos conteúdos práticos no desempenho do trabalho em equipa (n=12)

	Ni	Fi%
Muito útil	8	66,7%
Útil	4	33,3%
Pouco Útil	-	-
Nada útil	-	-

Analisando agora, as respostas das AO, face à questão “Que aspetos posturais considera mais difíceis de aplicar durante a realização de posicionamento e transferência de utentes?”, podemos perceber que 75% da população refere este aspeto como sendo uma dificuldade, dado que, como já foi referido anteriormente, apenas existia um domicílio que possui uma cama elevatória.

Relativamente à manutenção da postura com a coluna alinhada e evitar alcances excessivos, as AO também percecionam esta dificuldade, tal como o verificado pela Grelha, em que nos itens “manter a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curvatura natural, evitando a rotação e a flexão”, 66,6% da população não mostrou esta correção face a esta inadequação da postura, quando avaliada.

O mesmo acontece com o deslocar o peso do corpo de acordo com o movimento a realizar, em que 83,3% das participantes referem ter esta dificuldade. Estas respostas vão de encontro ao observado e registado na grelha, em que o item “movimentar os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar”, “deslocar o peso

do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar” e “utilizar os músculos dos membros inferiores aquando da transferência do utente” , 58,3% não demonstraram executar os movimentos corretamente.

Da mesma forma, as AO identificaram como aspetos de mais fácil execução o “afastar as pernas ligeiramente”, “colocar um pé ligeiramente à frente do outro”, “segurar firmemente o utente” e “utilizar equipamentos auxiliares”, tal como o avaliado nas sessões de formação e avaliação realizadas em contexto real e registado na grelha, estes foram alguns dos aspetos que foram executados por 100% da população em todas as mobilizações avaliadas.

A população em estudo refere que os conhecimentos adquiridos nesta formação podem levar à diminuição da intensidade da sua dor no final do dia de trabalho, sendo que 54,5% considera os conteúdos “muito úteis” e 45,5% classifica os conhecimentos como “úteis”.

Tabela 12 - Distribuição das participantes conforme a dificuldade em aplicar os aspetos posturais nos posicionamentos e transferências dos utentes (n=12)

	Ni	Fi%
Ajustar a cama, se possível, em altura ao nível da anca	9	75%
Ter uma postura com a coluna alinhada	8	66,7%
Evitar alcances excessivos	7	58,3%
Afastar as pernas ligeiramente	0	-
Colocar um pé ligeiramente à frente do outro	2	16,7%
Utilizar músculos dos membros inferiores (flexão e extensão dos joelhos)	6	50%
Deslocar o peso de acordo com o movimento que está a executar	10	83,3%
Segurar firmemente o utente (omoplatas, cintura e região posterior do joelho)	0	-
Utilizar equipamentos auxiliares	5	41,7%

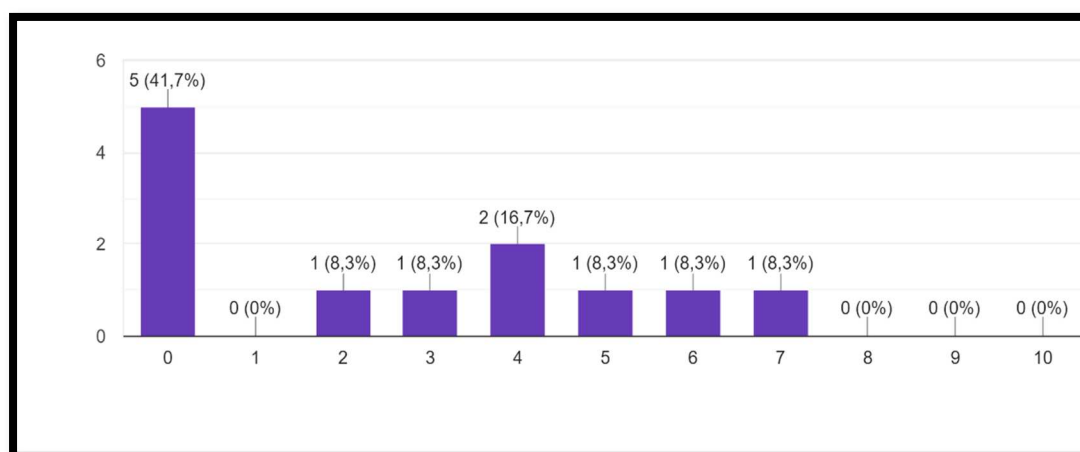
Relativamente à questão que se refere à continuidade dos sintomas sentidos, obtivemos os resultados expressos na tabela 13. As oito participantes que referiram manter queixas, 57,1% referem “sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso” e 28,6% referem “sensação de formigueiro”, 14,3% referem dificuldade em realizar os movimentos e 14,3% referem manter edemas, ao nível dos membros superiores (braços, punhos e mãos) e membros inferiores (pernas).

A intensidade de dor sentida nos últimos sete dias, foi classificada como nula (41,7%), ligeira (33,3%) e moderada por 24,9% das participantes (Gráfico 4). Para alívio sintomático, 25% da população recorreu à medicação analgésica. Apenas uma AO (10%) refere encontrar-se a utilizar punhos elásticos para diminuição da dor. A queixa mantém-se sobretudo em AO que tinham anteriormente identificado processos dolorosos no questionário de caracterização clínica, o que pode evidenciar alguma lesão já instituída.

Tabela 13 – Distribuição das participantes quanto à continuidade da presença dos sintomas (n=8)

	Ni	Fi%
Sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso	4	57,1%
Sensação de formigueiro	2	28,6%
Dificuldade em fazer movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas e pés	1	14,3%
Edema	1	14,3%

Gráfico 4 – Distribuição das participantes quanto à intensidade da dor sentida nos últimos sete dias (n=12)



Os dados do questionário de avaliação da formação, revelaram que as AO tiveram uma correta perceção das aprendizagens desenvolvidas e conhecimentos adquiridos ao longo do processo de formação, quer em sala quer em contexto real.

A comparação dos resultados obtidos deste questionário de avaliação com os itens avaliados através da grelha de análise das práticas ergonómicas, evidenciam que a maioria

das respostas das AO a este questionário vão de encontro ao avaliado nas sessões de formação.

CONCLUSÕES

Na atualidade os ritmos de trabalho acelerado, os turnos prolongados, os movimentos repetitivos e/ou com esforço, as posturas incorretas e estáticas, a exposição a condições de trabalho adversas e tempo de recuperação insuficientes, em combinação, com fatores de risco psicossociais e organizacionais do trabalho, como elevada precariedade e falta de controlo sobre o mesmo, originam distúrbios fisiológicos e psicológicos, que provocam sérios danos à saúde e com particular incidência nas LMERT (EU-OSHA, 2016).

Optou-se pela escolha deste tema, pois estas queixas são uma constante por parte das assistentes operacionais no desempenho das suas funções. Torna-se de elevada relevância o estudo dos fatores de risco que levam às mesmas, numa perspetiva de prevenção e promoção de saúde, e a diminuição ou desaparecimento dos sintomas já instalados, uma vez que a Enfermagem de Reabilitação pode atuar nos três níveis de prevenção.

O presente estudo foi elaborado com o intuito de analisar as posturas adotadas pelas AO aquando das mobilizações dos utentes e promover mudanças a esse nível, procedendo dessa forma à prevenção das LMERT e à promoção da saúde das assistentes operacionais do serviço de apoio domiciliário de uma IPSS.

O EEER tem, entre outras, competências no domínio da melhoria da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Onde as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais correspondem à responsabilização por ser o elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da Enfermagem de Reabilitação, além de formular e implementar políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019a).

A capacitação dos trabalhadores através de informação e formação sobre as LMERT, sobre os fatores de risco, a sua etiologia e os mecanismos de gestão e intervenção preventiva, é indispensável. Neste sentido, considera-se que uma das ferramentas de prevenção das LMERT passa pela intervenção centrada na pessoa/trabalhador, particularmente ao nível da formação e informação, onde o EEER pode desempenhar um papel importante. Esta estratégia deve ser operacionalizada em sessões de sensibilização para os riscos de LMERT direcionada a todos os intervenientes no local de trabalho, tendo em conta que o desafio consiste em preservar a sua empregabilidade, manter os trabalhadores em atividade (EU-OSHA, 2007).

A população foi constituída por 12 Assistentes Operacionais, 100% do género feminino, cuja média de idades era de 41 anos. No que respeita ao estado civil, 33,3% é casada e as restantes são solteiras (25%), vive em união de facto (16,7%), divorciadas (16,7%) e viúvas (8,3%). Da população em estudo, 58,3% presta funções há mais de dois anos.

Relativamente às queixas álgicas, 75% da população refere ter dor atual, estando esta associada às funções que desempenham, uma vez que apenas 25% refere ter dor previamente à função que desempenha de AO.

Verificou-se também que as participantes adotam comportamentos de risco aquando da mobilização de utentes, o que contrasta com os 66,7% de respostas afirmativas para o fato de possuírem formação nesta área. Segundo a Direção Técnica, a última sessão formativa foi há cerca de seis anos. Sendo que 41,7% das participantes desempenha funções entre seis meses e um ano, justifica o facto de não mostrarem conhecimentos sobre a prevenção de LMERT, dado que nunca tiveram formação sobre a temática, nesta Instituição, não invalidando que pudessem ter tido formação noutros contextos de trabalho ou formação profissional.

Assim, foi possível perceber que as condições e caraterísticas do trabalho atual que podem desencadear LMERT, nas profissionais desta IPSS, estão relacionadas com fatores de naturezas distintas, nomeadamente: caraterísticas do ambiente físico, bem como os constrangimentos de natureza biomecânica, organizacional e psicossocial e individual. Dos referidos destacam-se os fatores de natureza biomecânica, associados à natureza individual relativos à falta de formação para a função que desempenham. Os constrangimentos de ordem organizacional, especificamente os que implicam a aceleração do ritmo de trabalho, bem como a falta de material, nomeadamente dos meios auxiliares para posicionamento e transferência de utentes, disponibilizados pela IPSS. Todos estes, são os que apresentam maior impacto na saúde dos profissionais de forma a promover o desenvolvimento ou agravamento de LMERT.

As repercussões que as condições e caraterísticas do trabalho atual têm na saúde das trabalhadoras, que podem desencadear LMERT, foram as lombalgias (88,9%), cervicalgias (66,7%), ombros (33,3%), e pernas com 44,4% das queixas. Estas queixas podem resultar no comprometimento da saúde e assim da qualidade de vida das profissionais.

As estratégias para o alívio da dor, que as participantes mencionaram, foi o recurso a medicação analgésica (58,3%). De forma a minimizar o desconforto e prevenir

complicações, referiram também o uso de dispositivos de prevenção para o aparecimento de LMERT, para os quais 25% afirma usar como meio de prevenção as cintas lombares e pulsos elásticos. Porém, podem ser consideradas estratégias ineficazes na medida em que são utilizadas na presença do desconforto e não alteram a origem dos problemas, o que permite manter a incidência das LMERT, tal como foi observado nas sessões de observação e pelo registo fotográfico.

Estabelecemos um percurso no qual o objetivo primordial era abranger uma realidade dos cuidados pouco estudada neste âmbito. O estudo permitiu-nos refletir sobre a importância da informação e formação sobre os riscos, e formação para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes, uma vez que a partir dos dados empíricos compreendemos o porquê das AO correrem elevados riscos no desenvolvimento de LMERT.

Deparamo-nos, no decorrer do estudo, com algumas limitações, nomeadamente, encontrar evidência dirigida exclusivamente à temática, pois os estudos encontrados dirigiam-se aos profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares de ação médica) que prestam cuidados em meios hospitalares ou semelhantes, onde a acessibilidade a recursos materiais necessários à boa prática de cuidados é facilitada em comparação aos cuidados prestados nos domicílios; assim como a inexistência de instrumento de avaliação postural validado para o nosso tipo de estudo.

De salientar, que os horários e dinâmica de trabalho, foram outros dos constrangimentos vivenciados aquando da realização da formação em grupo o que dificultava a organização entre todas as participantes, o trabalho e a sua vida pessoal.

Tendo em conta as competências dos EEER, salienta-se o seu papel fundamental em todo o processo de prevenção e promoção da saúde das AO relativos ao risco de desenvolvimento de LMERT. Desta forma, esperamos ter criado as condições necessárias para a concretização desta investigação, tendo sido possível atingir a meta almejada por todos os envolvidos: modificar posturas durante o posicionamento e transferência dos utentes, de forma a minimizar os riscos que potenciam o aparecimento e/ou agravamento de LMERT, através da formação em grupo e individual.

O EEER tem, entre outras, competências no domínio da melhoria da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Onde as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais correspondem à responsabilização por ser o elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da

Enfermagem de Reabilitação, além de formular e implementar políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019a).

Atendendo a este conjunto de informação, e uma vez que a finalidade deste trabalho era direcionada à prevenção da doença e promoção da saúde neste local de trabalho, ficou claro que estão em falta intervenções que visem a melhoria da organização das tarefas por parte das profissionais e a minimização das exigências físicas através da aquisição de equipamentos auxiliares de mobilização por parte da IPSS; a contratação sempre que possível de profissionais qualificados para a área de atuação laboral para a qual são contratados, na medida em que minimiza riscos de LMERT e absentismo, levando deste modo a maior rendimento e satisfação laboral.

No que respeita à formação, esta deve ser efetuada numa lógica participativa (Serranheira, Uva e Leite, 2012) e interdisciplinar. Portanto, trata-se de uma formação dirigida às profissionais do SAD, onde se deve incluir os superiores hierárquicos num momento de reflexão sobre as condições e características do trabalho atual, e de negociação de estratégias para a minimização do efeito dos constrangimentos organizacionais.

Concluimos este estudo tendo atingido os objetivos a que nos propusemos no início do mesmo, tendo analisado as posturas adotadas pelas AO aquando dos posicionamentos e transferências de utentes e promovido junto das mesmas, mudanças a esse nível. Estes objetivos foram concretizados, graças ao processo de informação e formação que disponibilizámos às AO sobre os riscos de LMERT no desempenho da sua atividade profissional, que contribuíram para a sua capacitação no sentido de prevenirem comportamentos de risco que desencadeiam as LMERT.

Como sugestões de atuação propomos a nível institucional o alargamento dos processos de formação, implementando ciclos de formação de prevenção de LMERT, bem como formações relacionadas com os cuidados prestados aos utentes. Isto porque foi notável que as AO que desempenham funções há menos tempo não receberam formação acerca dos cuidados a prestar aos utentes, sendo esta ministrada pelas colegas mais experientes. A aquisição de fardamento e/ou calçado adequado à função também pode ser uma estratégia para a adequação das posturas adotadas durante os cuidados prestados nos domicílios. Destacamos ainda a importância de a Instituição poder disponibilizar equipamentos auxiliares às transferências dos utentes, nomeadamente de fácil transporte e utilização entre domicílios, como os discos e/ou cintos de transferência, após formação prévia relativa à sua utilização.

Consideramos pertinente, em termos de investigação, a construção e validação de um instrumento de avaliação postural direcionado à atividade específica de profissionais de saúde e de intervenção no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Lesões Musculo-Esqueléticas de Origem Profissional – Regresso ao Trabalho.** [Em linha]. Santiago de Compostela: EU-OSHA, 2007. [Consultado 17 de Julho 2018]. Disponível em WWW: <URL <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/75/view> >

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Introdução às Lesões Musculo-Esqueléticas.** [Em linha]. Santiago de Compostela: EU-OSHA, 2007. [Consultado 17 de Julho 2018]. Disponível em WWW: <URL <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/71> >

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **E-Facts 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde.** [Em linha]. EU-OSHA, 2008. [Consultado 01 de Março 2019]. Disponível em WWW:<URL<https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/efacts/efact28/view>>

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **E-Facts101: Promoção da saúde junto dos trabalhadores jovens - uma síntese de casos de boas práticas.** [Em linha]. Santiago de Compostela: EU-OSHA, 2012. [Consultado 17 de Julho 2018]. Disponível em WWW: <URL<https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/101/view>>

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Problemas atuais e emergentes em matéria de SST no setor dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados domiciliários e de proximidade - Observatório Europeu dos Riscos – Síntese.** Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2014. ISBN:978-92-9240-498-7.

ALEXANDRE, N.M.C. - **Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem.** Rev. Esc. Enf. USP. Vol. 32, nº 1 (1998), p. 84-90. [Consultado 12 de agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/407.pdf>>

ALEXANDRE, N.M.C - **Aspectos Ergonômicos E Posturais E O Trabalhador Da Área De Saúde.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.Vol. 28, nº 2, (2007), p. 109-18. [Consultado 12 de agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3475/2828> >

ALEXANDRE, N.M.C.; ROGANTE, M.M. - **Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos.** Rev Esc Enferm USP. Vol. 34, nº 2

(2000); p. 165-75. [Consultado 12 de agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41148/44694>>

ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J. – **Trabalhar Na Saúde: Experiências Cotidianas E Desafios Para A Gestão Do Trabalho E Do Emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. ISBN 978-85-7541-217-6

BOGDAN, R.C.; BIKLEN S.K. – Fotografia e trabalho de campo. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.

CARVALHO, M. - “**Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social**”. 2012. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 92-95040-36-8

CORDEIRO, M.C.O; MENOITA, E.C.P.C. – **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios, Técnicas**. 1º ed. Lusociência. Loures. 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8.

COUTINHO, C. P. [et al.] - **Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas**. Revista Psicologia, Educação e Cultura, Volume XIII, n.º 2 (2009) p. 355-379.

DECRETO-LEI n.º 330/1993. *In Diário da República I Série*. 226 (1993/09/25) 5391-3865

DECRETO-LEI n.º 101/2006. *In Diário da República I Série*. 109 (2006/06/06) 3856-3865

ESGAIO, A.- **Os produtos do sistema político em matéria de Política Social: as Políticas Sociais e os Cuidados de Proximidade**. 2011. In H. Carmo (ed.) “Teoria da Política Social (um 135 olhar da ciência política)” (pp.157–185). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Eurofound - **Sixth European Working Conditions Survey: Overview report**, Publications Office of the European Union.[em linha]. Luxembourg: Eurofound, 2016 [Consultado 21 de outubro de 2019]. Disponível em WWW:

<URLhttps://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf>

FONTE A, ALVES A, RIBEIRO H. - **Instrumento Breve para Rastreio de Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho (LMERT)**. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional. [Em linha]. 2017, volume 3, 29-38. DOI: 10.31252/RPSO.08.02.2017 [Consultado 07 de julho 2018]. Disponível em WWW: <URL<https://www.rpso.pt/instrumento-breve-para-rastreio-de-perturbacoes-musculo-esqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>>

FORTIN, M. F. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORTIN, M. F. - **O Processo de Investigação: da conceção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

GALLASCH, C.H.; ALEXANDRE, N.M.C. – **Avaliação dos riscos Ergonómicos durante a movimentação e transporte de pacientes em diferentes unidades hospitalares**. Revista de Enfermagem da UERRJ. vol 11 nº 2 (2003), p. 252-260.

GUÉRIN, F. [et al.] - **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Blücher, 2001. ISBN: 85-212-0297-0

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; FILHO, H.R.C. – **Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem**. 2003. Revista Latino-Americana Enfermagem, Vol. 11, nº 5. p.608-613. ISSN 1518-8345. [Em linha] [Consultado 15 julho 2019] <URL <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500007>>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pila - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-6584828-2

HOEMAN, S. P. – **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**, 4ª ed. Loures: Lusodidata, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.

INTERNATIONAL Ergonomics Association – **Definition And Domains Of Ergonomics**. [Em linha].[s.l.]:IEA, 2016. [Consultado 05 outubro 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.iea.cc/whats/index.html>>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Projeções de população residente 2012-2060**. 2014. [Consultado 14 julho 2018] <URL https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt>

LACOMBLEZ, M.; VASCONCELOS, R. - **Análise Ergonómica Da Actividade, Formação E Transformação Do Trabalho: Opções Para Um Desenvolvimento Durável.** Laboreal, Vol. 5, nº 1 (2009), p. 53-60.

MATOS, M. J. F. **A Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Na Comunidade.** 2017. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde – IPVC.

MORANDI, T. S. [et al.] – **Implicações Da Ausência Do Equipamento De Transferência De Pacientes Na Saúde Do Profissional De Enfermagem.** Revista Dos Encontros Internacionais De Estudos Luso-Rasileiros Em Desing E Ergonomia. nº 1 (2015). p. 116-23, [Consultado 21 outubro 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://proa.ua.pt/index.php/ergotripdesign/article/view/1363>>

MOREIRA, A.M.; MENDES, R. - **Fatores de Risco dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho de Enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ. nº 13 (2005). p. 19-26. [Consultado 15 julho 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.facenf.uerj.br/v13n1/v13n1a03.pdf>>

NEVES, M; SERRANHEIRA, F. - **A Formação De Profissionais De Saúde Para A Prevenção De LMERT A Nível Da Coluna Lombar: Uma Revisão Sistemática.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 32, nº 1 (2014) p. 89–105. [Consultado 14 agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100012>

NOBRE, A.F.B; ARAÚJO, C. -**Prevenção das LMERT em Saúde: Aspetos Ergonómicos e Posturais.** 2018. International Journal On Working Conditions. ISSN 2182-4096. [Em linha]. [Consultado 21 outubro 2019]. Disponível em WWW:<URLhttp://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.16_Nobre&Araujo_p.32.50.pdf>

OLIVEIRA, L.M.A. – **Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário.** 2007. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista.** In: Diário da República. Série 2. Nº 26. Lisboa (2019a) p. 4744-4750. [Em linha]. [Consultado 01 outubro 2019]. Disponível em WWW:<URL<http://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento nº. 392/2019: Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação.** In: Diário da República. Série 2. Nº85 (2019b). Lisboa. p. 13565- 13568.

[Em linha]. [Consultado 01 outubro 2019]. Disponível em WWW:<URL<http://https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia Orientador De Boas Práticas. Cuidados À Pessoa Com Alterações Da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências E Treino De Deambulação. 2013. [Em linha]. [Consultado 01 abril 2019]. Disponível em WWW:<URLhttp://https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº. 350/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. In: Diário República. II Série. - Lisboa. - ISSN 0870-9963. - Nº. 119 (2015), p. 16655 – 16660

PASTOR- SÁNCHEZ, R. - Grandezas Y Miserias De La Atención A Domicílio. 2003. Semergen, 29(08), 397-398.

PEREIRA, S.C. Lesões Músculo-Esqueléticas: Perspetivas Da Saúde Ocupacional E Da Paleopatologia. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2011. [Consultado 14 julho 2018]. Disponível em WWW: <URL<https://core.ac.uk/download/pdf/19132778.pdf>>

PHIPPS, J. Wilma; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.

PORTUGAL. Segurança Social. Direção Geral da Ação Social – Serviços de Apoio Domiciliário. 1996. [Em linha]. [Consultado 15 julho 2019]. Disponível em WWW:<URLhttp://www.segsocial.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a>

PORTUGAL - Inspeção Geral do Trabalho – Alivie a carga!: prevenção de lombalgias no sector dos Cuidados de Saúde. Lisboa: I.G.T, [2007]. [Consultado 14 julho 2019]. Disponível em WWW: <URL[http://www.act.gov.pt/\(ptPT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Moviment%C3%A7%C3%A3o%20manual%20de%20cargas_sa%C3%BAde.pdf](http://www.act.gov.pt/(ptPT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Moviment%C3%A7%C3%A3o%20manual%20de%20cargas_sa%C3%BAde.pdf)>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho: Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008. ISBN 978-972-675-169-4. 28p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. - **Fundamentos de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 9789728930240

PREZADO M.H., MARQUES, F.M., BAIXINHO, C.L., & CARDOSO, M. - **Lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros especialistas em saúde materna- Autoperceção dos fatores de risco**. 2015. Investigação Qualitativa em Saúde. [Em linha] [Consultado 15 julho 2019]. Disponível em WWW: <URL<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/46/44>>

QUEIROZ, M., et al. - **Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho. Guia de Orientação para a Prevenção** (2008). In Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (Ed.) (pp. 1-30). Lisboa: DGS, 2008. -XXVIII p.

RANNEY, D. - **Distúrbios Osteomusculares Crónicos Relacionados ao Trabalho**. São Paulo: Roca, 2000. ISBN 85-7241-302-2

REBELO, Francisco – **Ergonomia no Dia a Dia: O Contributo da Ergonomia para a Nossa Qualidade de Vida**. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2017. ISBN 978-972-618-867-4.164p.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 2ª Edição. Lisboa: Placebo editora, 2010. ISBN:978-989-8463-01-2.

SAMPIERI, H., COLLADO, R., LUCIO, C. - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo. 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

SERRANHEIRA F., & UVA, A. - **Avaliação do risco de lesões músculo-esqueléticas: será que estamos a avaliar o que queremos avaliar?** Saúde & Trabalho. 2008. [Em linha] [Consultado 14 julho 2019]. Disponível em WWW: <URLhttps://www.researchgate.net/publication/298437408_Avaliacao_do_risco_de_lesoes_musculo-esqueleticas_Sera_que_estamos_a_avaliar_o_que_queremos_avaliar>

SERRANHEIRA, F.; [et al.]. - **Segurança Do Doente E Saúde E Segurança Dos Profissionais De Saúde: Duas Faces Da Mesma Moeda. Saúde E Trabalho**. nº 7 (2009) p. 5-30. [Consultado 04 abril 2019], Disponível em WWW: <URLhttp://www.ensp.unl.pt/ensp/corpodocente/websites_docentes/florentino_serranheira/florentino_serranheira>

SERRANHEIRA, F., [et al.] - **Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho?** Revista Portuguesa de Saúde Publica. Vol. 30, nº 2 (2012) p. 193-203.

SERRANHEIRA, F.; UVA, A.S.; LEITE, E. - **Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da Ergonomia.** Saúde e Trabalho. nº 8 (2012) p. 23-46. [Consultado 04 abril 2019], Disponível em WWW: <URL<http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/02.pdf>>

SERRANHEIRA, F.; UVA, A.S.; LOPES, F. – **Lesões músculo-esqueléticas e trabalho: alguns métodos de avaliação do risco.** Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2008. (Cadernos Avulso nº5).

SERRANHEIRA, F.; UVA, M.S.; UVA, A.S. - **Lombalgias e trabalho hospitalar em enfermeiro(a)s.** Revista Brasileira de Medicina no Trabalho. Vol. 10, nº 2 (2012) p. 80-7. [Consultado 04 abril 2019], Disponível em WWW: URL: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volume_10_n%C2%BA_2_1212201382442533424.pdf

SILVA, I.O.S.; FUJITA, M.S.L.; BIZELLO, M.L. - **O tratamento da forma e do conteúdo de fotografias em fundos de arquivos: pressupostos teórico-metodológicos.** Ibersid. (2009) p. 133-41. ISSN 1888-0967.

SILVA, L.A. [et al.] – **Enfermagem do Trabalho e Ergonomia: Prevenção de Agravos de Saúde.** Rev. Enf. UERJ. Rio de Janeiro. Vol. 19, nº 2 (2011) p. 317-23.

SILVA, J. N. S. S.- **Envelhecimento E Políticas Sociais: Um Estudo Sobre O Serviço De Apoio Domiciliário.** 2016. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação-IPVC.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. - **“Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista”,** 5ª ed. Wolters Kluwer: Lippincott Williamse Wilkins, 2013. ISBN: 978-989-8075-34-5.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)

Parecer Nº 526 / 10 -2018

Título do Projecto: Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em cuidados domiciliários. Resilizar para a promoção da saúde

Identificação das Proponentes

Nome(s): Laura Leiras Cardoso

Afiliação Institucional: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu

Investigador Responsável/Orientador: Clara de Assis Coelho de Araújo

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

No contexto da prestação de cuidados domiciliários este projeto tem como objetivo principal analisar as posturas adotadas pelos profissionais aquando dos posicionamentos e transferências de clientes. Para além disso, são objetivos inerentes à execução do projeto a promoção de mudanças ao nível de posturas adotadas durante os procedimentos de transferência de clientes; a informação, formação e a capacitação dos profissionais para aquisição de posturas durante os posicionamentos e transferências de clientes.

O projeto terá data prevista para início dos trabalhos em outubro de 2018 e término em maio de 2019. Pelos autores o estudo é definido como sendo de investigação - ação. A amostra será constituída por assistentes operacionais de serviço de apoio domiciliário de uma instituição de solidariedade social e Centro Social e Paróquia de Nossa Senhora da Encarnação.

Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se definidos assim como os instrumentos de coleta de dados. Existe garantia de confidencialidade. Os autores não identificam quaisquer riscos ou benefícios, assim como custos de participação, resultantes da investigação.

Atendendo ao formato da investigação apresentado, a proposta reúne condições para aprovação por parte desta Comissão de Ética, no entanto não dispensa a autorização por parte da instituição onde decorrerá a investigação.

O relator: Ana Abrantes

Data 22/01/18 O Presidente da Comissão de Ética: Luís Filipe Gonçalves



FCT

APÊNDICES

**APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSISTENTES
OPERACIONAIS)**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Laura Leiras Cardoso, a frequentar o V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Doutora Clara de Araújo encontro-me a efetuar uma Dissertação de Mestrado intitulada: “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”, para obtenção de grau de Mestre. Os objetivos do estudo são analisar e promover mudanças das posturas adotadas pelas Assistentes Operacionais (AO) aquando dos cuidados prestados, aos utentes, nos domicílios; informar e formar sobre os riscos de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho e capacitar as AO para a aquisição de posturas corretas durante os cuidados domiciliários.

As sessões de formação serão realizadas no Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Encarnação, num horário a definir, havendo duas sessões iniciais e uma última destinada à avaliação da formação. Serão também realizadas sessões de observação, com registo fotográfico das posturas adotadas na prestação dos cuidados. Por último, sessões junto dos pares para avaliação das aprendizagens e correção das posturas.

A informação recolhida será anónima e confidencial e apenas utilizada, exclusivamente, para o presente estudo, pelo que não se deve identificar ao longo do mesmo, salvaguardando desta forma a sua privacidade.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento não hesite em contactar-me através do e-mail: laura91cardoso@gmail.com

Desde já o meu muito obrigado pelo tempo despendido.

Laura Cardoso

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira Laura Cardoso. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome Participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

1 http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Informações Sócio- Demográficas

Código: _____

1- Idade: ____ anos

2- Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3- Peso: ____ kg

4- Altura: ____ cm

5- Estado Civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ União de Facto
☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

6- Habilitações literárias:

☐ Ensino Primário

☐ Ensino Básico (9º ano completo)

☐ Ensino Secundário (12º ano completo)

☐ Ensino Secundário (12º ano incompleto)

☐ Ensino Superior

7- Tem alguma formação relacionada com as funções que desempenha?

☐ Sim ☐ Não

8- Exerce funções de Assistente Operacional há quanto tempo?

☐ Menos de 6 meses ☐ 6 meses a 1 ano

☐ 1 a 2 anos ☐ Mais de 2 anos

9- Executa funções semelhantes fora do Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Encarnação?

☐ Sim ☐ Não

9.1 – Se sim, qual/quais?

10 – Pratica exercício físico?

☐ Sim Modalidade: _____ Nº vezes/semana _____
☐ Não

Informações Clínicas

11- Antes de exercer a sua função atual, sentia dores no final do dia de trabalho?

☐ Sim ☐ Não

11.1- Se sim, em que local do corpo?

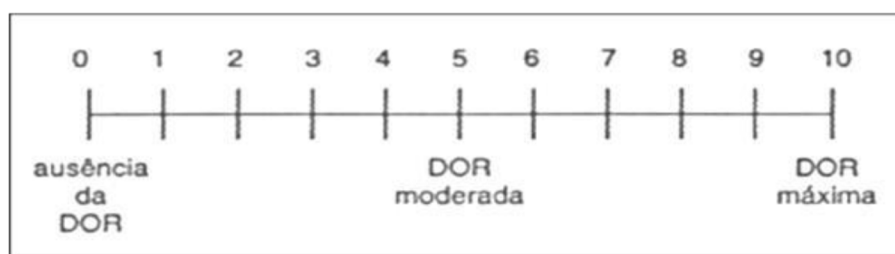
☐ Cervical ☐ Dorsal ☐ Lombar
☐ Ombros ☐ Pulsos ☐ Pernas
☐ Cotovelos ☐ Outro



12- Atualmente, sente dores, após o período de trabalho?

☐ Sim ☐ Não

12.1- Por favor, assinale com uma cruz na escala a intensidade da(s) sua(s) dor(es) nos últimos sete dias.



12.2- Se sim, em que local do corpo?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Lombar |
| <input type="checkbox"/> Ombros | <input type="checkbox"/> Pulsos | <input type="checkbox"/> Pernas |
| <input type="checkbox"/> Cotovelos | <input type="checkbox"/> Outro | |



12.3- Tem sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso em algum destes locais?

- ☐ Sim ☐ Não

12.4 – Tem sensação de formiguelo em algum destes locais?

- ☐ Sim ☐ Não

12.5- Tem inchaço em algum destes locais?

- ☐ Sim ☐ Não

12.6- Sente que tem aumentado a dificuldade em fazer movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas e pés?

- ☐ Sim ☐ Não

12.7- Os sintomas anteriores, desaparecem ou melhoraram nos dias de folga ou férias?

- ☐ Sim ☐ Não

12.8 – Os sintomas mencionados anteriormente, têm uma duração superior a 30 dias?

- ☐ Sim ☐ Não

13- Toma alguma medicação para diminuir a dor?

- ☐ Sim ☐ Não

14- Durante o dia de trabalho usa dispositivos para diminuir/prevenir lesões e/ou dor?

☐ Sim ☐ Não

13.1- Se sim, qual/quais?

☐ Pulsos elásticos ☐ Cintas lombares ☐ Outros

15- No último ano esteve de baixa médica ou faltou ao trabalho devido às dores que sente?

☐ Sim ☐ Não

14.1- Se sim, quantas vezes?

☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes

14.2- Durante quanto tempo?

☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias

☐ 1 semana ☐ Mais de 1 semana

Obrigada!

Enfermeira Laura Cardoso

Fontes:

- 1) Nobre (2017) - A Reabilitação das Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Saúde
- 2) Fonte *et al* (2017) - Instrumento Breve para Rastreio de Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho (LMERT).

**APÊNDICE III– PLANEAMENTO DA SESSÃO DE OBSERVAÇÃO
INDIVIDUAL EM CONTEXTO REAL**

PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL EM CONTEXTO REAL

Data: 11/02/2019 a 15/02/2019

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Observação direta e não participada das posturas adotadas pelas AO nos cuidados domiciliários• Registo fotográfico das posturas adotadas na prestação dos cuidados, para posterior utilização como material formativo.• Perceção de quais os procedimentos (posicionamento/transferência de utentes) em que ocorrem posturas erradas.
Fundamentação	<p>Através da observação não participada pretende-se registar as posturas adotadas pelas AO na prestação de cuidados nos domicílios. Nesta sessão a investigadora desempenha um papel passivo, no qual apenas fotografa e regista anotações sobre as atividades das AO, não podendo intervir ou fazer qualquer tipo de correção.</p> <p>Esta observação permitirá identificar quais as atividades onde são executadas posturas incorretas, de forma a seleccionar os conteúdos a abordar na sessão de formação.</p> <p>O registo fotográfico e as anotações serão analisados na sessão formativa, como elemento formativo e reflexivo acerca da temática das LMERT.</p> <p>Esta sessão não é pontual, pois tendo em conta que as AO desempenham as funções a pares, a observação será realizada aos diferentes momentos de forma a contemplar cada par.</p>
Métodos/ Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Observação direta dos cuidados prestados, sem intervenção por parte da enfermeira;• Registo fotográfico.
Recursos	<ul style="list-style-type: none">• Máquina fotográfica• Bloco de notas
Duração	<p>A observação é realizada no horário de trabalho das AO. A duração da sessão é definida mediante o tempo despendido pelas AO na prestação dos cuidados domiciliários. Uma vez que desempenham as atividades a pares, serão necessários vários momentos de observação, por forma a avaliar cada elemento, atendendo a que os pares sofrem alterações na sua constituição mediante as necessidades do serviço.</p>
Avaliação	<p>A avaliação será realizada na última sessão, utilizando o Questionário de Avaliação da Formação</p>

APÊNDICE IV – PLANEAMENTO SESSÃO FORMATIVA

PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	
Data: 15/04/2019 E 17/04/2019	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os posicionamentos e transferências de utentes. • Informar e formar AO sobre o risco de LMERT no desempenho da sua atividade profissional; • Capacitar as AO para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes;
Fundamentação	<p>As Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) estão, na maioria das vezes, relacionadas com os procedimentos de posicionamento e transferências de utentes, que indicam que os cuidados diretos a utentes podem ser fatores de risco para contrair sintomas de lesão músculo-esquelética. Tendo em conta o trabalho prestado pelas AO, no contexto de cuidados no domicílio, reveste esta formação de interesse para garantir a prevenção de lesões músculo-esqueléticas do profissional.</p> <p>O envolvimento destas trabalhadoras no processo de prevenção das LMERT pressupõe a informação e a formação sobre os fatores de risco e sobre a influência de fatores não profissionais na origem e/ou agravamento dessas lesões.</p>
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios Básicos dos Posicionamentos e Transferências
Métodos/ Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Apresentação PowerPoint e análise do registo fotográfico) • Prático (aplicação dos conhecimentos adquiridos em demonstrações de mobilizações na cama/marquesa e transferências da cama para cadeira/cadeirão e vice-versa).
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Mesas • Cadeiras • Cadeirão • Cama ou marquesa • Lençóis
Duração	60 minutos

Avaliação

A avaliação será realizada na última sessão, utilizando o Questionário de Avaliação da Formação

APÊNDICE V- SESSÃO FORMATIVA

1

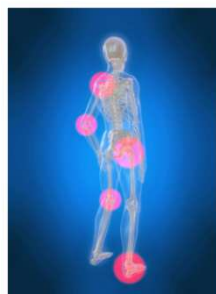
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS



REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

ErP Laura Leiras Cardoso
V Curso de Mestrado em
Estratégias de Reabilitação

2



Como surgem as LMERT?

❖ A adoção de posturas ou a execução de movimentos inadequados é, na maioria das vezes, a causa de LMERT

❖ São causadas por um conjunto de atividades ou gestos que pelas suas características/exigências vão para além da tolerância do corpo humano

3



Como prevenir as LMERT?

❖ Grande parte dos danos e dores a nível músculo-esquelético podem ser prevenidos, se colocarem sempre em prática os princípios básicos de mecânica corporal, adotando uma postura correta ao movimentar o doente

4

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Realizar os posicionamentos/transferências em coordenação com o par
- ❖ Usar roupa confortável
- ❖ Usar calçado adequado
- ❖ Gerir o espaço para adequar a disposição da cama, se possível



5

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Travar a cama (sempre que possível)
- ❖ Travar a cadeira de rodas/cadeirão
- ❖ Elevar a cama em altura (sempre que possível)



6

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

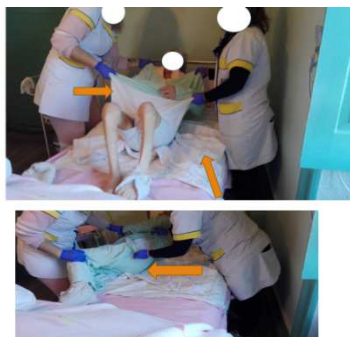
- ❖ Colocar-se o mais próximo da cama e manter o utente mais próximo de si
- ❖ Afastar ligeiramente os pés
- ❖ Movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento que está a executar
- ❖ Evitar rotação e flexão da coluna vertebral



7

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Segurar firmemente o utente (zona escapular, pélvica, supra cavado popliteo)
- ❖ Usar resguardo para mobilizar
- ❖ Movimentar, sempre que possível, o utente por rolamento





8

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Deslocar o peso do corpo na mesma direção do movimento que está a executar
- ❖ Utilizar os músculos das pernas e anca (fletir e estender os joelhos)
- ❖ Evitar alcances excessivos



9

	Preçoço: Inclinar o cabeça para a lado, puxando o pescoço para cima e para trás, mantendo o corpo ereto e a cabeça alinhada com o tronco.		Rotação das pontas: Com as pontas dos dedos a uma altura do ombro, girar os braços para dentro e depois para fora, mantendo a cabeça imóvel.
	Ombrões: Puxar com uma das mãos a omoplata para dentro e para cima, mantendo o corpo ereto e a cabeça alinhada com o tronco.		Rotação das mãos: Inclinar o corpo para a direita e depois para a esquerda, mantendo a cabeça alinhada com o tronco.
	Punha 1: Manter um dos braços estendido para cima e para trás, puxando o cotovelo para dentro e para cima, mantendo o corpo ereto e a cabeça alinhada com o tronco.		Rotação do tronco: Com as pernas estendidas e os braços estendidos para os lados, girar o tronco para a direita e depois para a esquerda, mantendo a cabeça alinhada com o tronco.
	Punha 2: Manter o cotovelo estendido para cima e para trás, puxando o cotovelo para dentro e para cima, mantendo o corpo ereto e a cabeça alinhada com o tronco.		Rotação das pernas: Com uma das pernas estendida para cima e para trás, girar a perna para a direita e depois para a esquerda, mantendo a cabeça alinhada com o tronco.

Alongamentos

- ❖ Este conjunto de exercícios tem por objetivo manter a mobilidade da sua coluna e reduzir a tensão psicológica e músculo-esquelética
- ❖ Aproveitar momentos livres para os realizar
- ❖ Tempo necessário 10 minutos

10



Obrigada!

**APÊNDICE VI- PANFLETO “ASPETOS GERAIS DO
POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS”**



- Colocar-se o mais próxima da cama e manter o utente mais próximo de si;
- Movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento que está a executar;
- Evitar rotação e flexão da coluna vertebral;
- Movimentar, sempre que possível, o utente por ralaamentos;



LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS



Enfª Laura Laran Cardeas

V. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE



COMO SURGEM AS LMERT?

A adoção de posturas ou a execução de movimentos inadequados é, na maioria das vezes, a causa de LMERT.

São causadas por um conjunto de atividades ou gestos que pelas suas características/exigências vão para além da tolerância do corpo humano.



COMO PREVENIR?

Grande parte das dores e dores a nível músculo-esquelético podem ser prevenidas, se colocarem sempre em prática os princípios básicos de mecânica corporal, adotando uma postura correta ao movimentar o doente.

ASPECTOS GERAIS DA MOBILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIAS

- Realizar os posicionamentos/transferências em coordenação com a par;
- Usar roupa confortável;
- Usar calçada adequada;
- Criar o espaço para adequar a disposição da cama, se possível;



- Travar a cama (sempre que possível);
- Travar a cadeira de rodas/ cadeira;
- Elevar a cama em altura (sempre que possível);



- Segurar firmemente o utente (zona escapular, pélvica, supra cavada poplitea);
- Usar resguarda para mobilizar;
- Afastar ligeiramente os pés;



- Deslocar o peso do corpo na mesma direção do movimento que está a executar;
- Utilizar os músculos das pernas e anco (fletir e estender os joelhos);
- Evitar doances excessivos.



APÊNDICE VII- PANFLETO “ALONGAMENTOS”



Sentado, inclinar o corpo para a frente, tentando encostar as mãos no chão, deixando o calcanhar e a tórax sobre as costas.
Levantar lentamente elevando suavemente o calcanhar até a posição inicial.

Colocar uma das pernas sobre um apoio que não seja muito alto. Estender essa perna mantendo o pé recto com os dedos virados para cima.
Inclinar a tórax para a frente, mantendo as costas rectas.



Inclinar a tórax para a frente, apoiando as duas mãos numa parede.
Deixar uma perna e esticar a outra para trás, de modo a que o calcanhar não saia do chão. Projectar o corpo para a frente, até que sinta alongar a perna esticada.

Com as mãos apoiadas sobre uma mesa esticar as pernas deixando a tórax e mantendo as costas bem rectas. As pernas devem permanecer esticadas e os pés paralelos, afastados na largura da quadra.



Aproveitar os momentos livres para relaxar!



Enfª Laura Lúcia Cardoso

V. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE



ALONGAMENTOS

Os alongamentos são um conjunto de exercícios que têm por objetivo manter a mobilidade da sua coluna e reduzir a tensão psicológica e músculo-esquelética.

Tempo necessário 10 minutos.



Manten as ombros relaxados.
Fazer movimentos com a cabeça de "sim" e "não".

Manten as ombros relaxados.

Girar a cabeça lentamente e alternadamente.



Inclinar a cabeça para a lado direito com a ajuda da mão direita e depois para o lado esquerdo com a ajuda da mão esquerda.



Em pé ou sentado, respirar fundo elevando os ombros com as quatuorcentas encostadas às paredes e expirar voltando-se sobre o corpo.



Fazer movimentos giratórios no sentido:
• Frente - trás
• Trás - frente.

Dirigir a cabeça para a direita, deixando a cabeça para a esquerda e conduzi-la para baixo com a mão oposta.



Com as pernas afastadas do corpo, entrelaçar as mãos, mantendo as pernas esticadas e os ombros relaxados, afastar as pernas do corpo, dentro do limite.

Esticar as pernas para cima e entrelaçar suavemente os dedos.
As palmas das mãos devem estar viradas para cima.



Sentado ou de pé, puxar um braço sobre a cabeça segurando o punho com a outra mão.
Inclinar lateralmente alongando a parte lateral da tórax.



Com as ombros relaxados, esticar as pernas mantendo-as elevadas ligeiramente acima do nível da cabeça, com a palma da mão voltada para fora (como se estivesse a fazer o sinal de "stop").
Puxar uma mão sobre a outra, em direção ao corpo.
Alargar o movimento - com a ponta da cabeça, a palma da mão para dentro e dedos para baixo.

Unir as palmas das mãos à altura do peito, estendendo o punho.
Fazer este exercício levando as mãos e separando as palmas sem separar os dedos.



Entrelaçar os dedos e fazer movimentos ondulantes com o antebraço, mãos e dedos.



Deitar o pédo segurando o pé com a mão do lado oposto e, puxar e soltar na direção das nádegas.

APÊNDICE VIII – GRELHA DE ANÁLISE DE PRÁTICAS ERGONÓMICAS

Grelha de Análise de Práticas Ergonómicas		SIM	NÃO	NA
GESTÃO DO AMBIENTE	1. Usa calçado e roupa adequada à função			
	2.Trava a cama			
	3.Trava o cadeirão/cadeira de rosas			
	4.Eleva a cama ao nível da sua cintura (se aplicável)			
	5.Gere o espaço para adequar a disposição da cama (se aplicável)			
	6.Realiza os posicionamentos/transferências do utente em coordenação com o par			
MOBILIZAÇÃO DO UTENTE	7.Coloca-se o mais próximo da cama e mantém o utente mais próximo de si			
	8.Afasta ligeiramente as pernas e coloca um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada			
	9.Movimenta os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar			
	10.Mantém a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curva natural, evita movimentos de rotação e flexão			
	11.Segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica, supra cavado poplíteo			
	12.Usa resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascendente e descendente na cama			
	13.Movimenta, sempre que possível, o utente por rolamento			
	14.Desloca o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar			
	15.Utiliza os músculos dos membros inferiores aquando do levante do utente			
	16. Evita alcances excessivos			

Fontes:

- 1) Matos (2017) - A Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Na Comunidade.
- 2) Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho - E-Fact 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde.

Legenda:

NA- Não Aplicável

APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Código: _____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Agradecemos a sua colaboração durante este estudo, solicitando por último o preenchimento deste questionário, que visa avaliar a sua satisfação relativamente à adequação e impacto do tema no seu desempenho no contexto de trabalho e pessoal.

Responda, assinalando a alínea que considera correta.

1. Considera que os conteúdos ministrados têm aplicação prática, no seu contexto de trabalho?

- A. Máxima aplicação prática
- B. Bastante aplicação prática
- C. Alguma aplicação prática
- D. Pouca aplicação prática
- E. Nenhuma aplicação prática

2. Considera que o tema tem impacto na sua vida pessoal?

- A. Muito útil
- B. Útil
- C. Pouco útil
- D. Nada útil

3. Relativamente à sessão formativa, classifique-a, mediante o seu grau de importância:

- A. Muito Importante
- B. Importante
- C. Pouca importância
- D. Sem importância

4. Pensando em termos de organização da sua equipa de trabalho (trabalho a pares), considera que os conteúdos práticos abordados facilitam o desempenho da mesma?

- A. Muito útil
- B. Útil
- C. Pouco útil
- D. Nada útil

5. Após a sessão de formação, aplicou os conhecimentos adquiridos em que situações?

- ☐ Trabalho a pares
- ☐ Trabalho individual
- ☐ Na presença de investigador
- ☐ A nível pessoal (trabalho doméstico e/ou outras atividades)

6. Que aspetos posturais considera mais difíceis de aplicar durante a realização de posicionamentos e transferências de utentes?

- ☐ Ajustar a cama, se possível, em altura ao nível da anca
- ☐ Ter uma postura com a coluna alinhada
- ☐ Evitar alcances excessivos
- ☐ Afastar as pernas ligeiramente
- ☐ Colocar um pé ligeiramente à frente do outro
- ☐ Utilizar músculos das pernas e das ancas (flexão e extensão dos joelhos)
- ☐ Deslocar o peso de acordo com o movimento que está a executar
- ☐ Segurar firmemente o cliente (omoplatas, cintura e região posterior do joelho)
- ☐ Utilizar equipamentos auxiliares

8. Considera que os conhecimentos adquiridos nesta formação podem levar à diminuição da intensidade da sua dor no final do dia de trabalho?

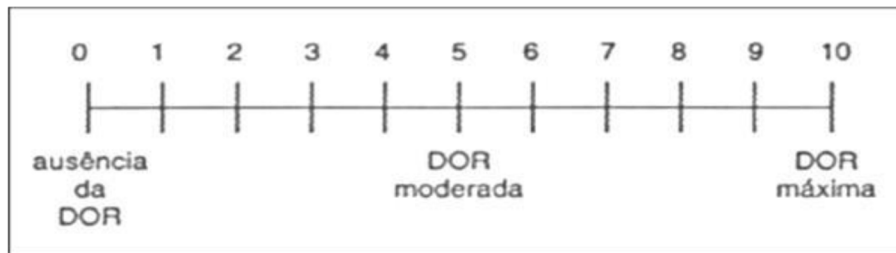
- A. Muito útil
- B. Útil
- C. Pouco útil
- D. Nada útil

9. Mantém algum dos seguintes sintomas?

- ☐ Sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso
- ☐ Sensação de formigueiro
- ☐ Dificuldade em fazer movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas e pés
- ☐ Edema

Qual a localização? _____

10. Por favor, assinale, a intensidade da dor que sente ou sentiu nos últimos sete dias.



11. Sentiu necessidade de tomar medicação para diminuir a dor?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Mantém o uso de dispositivos para diminuir a dor/prevenir lesões?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual? _____

13. Sugestões/Comentários: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Mestranda Laura Cardoso (Enfermeira)

APÊNDICE X- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DA IPSS

Exº Sr Presidente da Direção do Centro Social e Paroquial

Eu, Laura Leiras Cardoso, Enfermeira, encontro-me a frequentar o V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, estando a realizar a Dissertação de Mestrado. Neste âmbito pretendo efetuar um estudo cujo tema é “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”, sendo orientado pela Doutora Clara de Araújo, docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viana do Castelo

Este trabalho tem como finalidade major a promoção da saúde e a prevenção de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), das Assistentes Operacionais (AO), que desempenham funções no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Para isso, pretendo concretizar os seguintes objetivos gerais:

- ☐ Analisar as posturas adotadas pelas AO aquando dos posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio;
- ☐ Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio.

Especificamente pretende-se:

- ☐ Informar e formar AO sobre o risco de LMERT no desempenho da sua atividade profissional;
- ☐ Capacitar as AO para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes.

A fase de recolha de dados ocorrerá entre outubro e novembro de 2018.

Para a recolha de dados pretendo elaborar várias sessões. Inicialmente uma sessão coletiva de motivação e esclarecimento sobre os objetivos e finalidade do estudo, proceder ao preenchimento de um questionário sociodemográfico e clínico. De seguida proceder ao registo fotográfico para análise das posturas adoptadas durante a prestação de cuidados *in loco*. Novamente realizar uma sessão em grupo e abordar conceitos básicos para minimização de posturas de risco.

Em ambas as fases, as sessões coletivas terão a duração média de trinta a quarenta e cinco minutos e as individuais decorrerão em horário laboral. A recolha de fotografias e os dados obtidos no questionário serão tratados de uma forma confidencial. Também

será garantido a todas as AO, através do consentimento informado, que a sua participação é voluntária, nunca sendo prejudicadas no caso de não participarem.

Assim, venho por este meio solicitar que me seja autorizada a aplicação dos referidos instrumentos às AO, sendo que entrego a versão final da Dissertação em substituição do projeto que vos apresento.

Em anexo a este pedido, envio cópia do consentimento informado que utilizarei, do questionário sociodemográfico e clínico, bem como do projeto da referida investigação.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível através do e-mail: laura91cardoso@gmail.com

Certa de um parecer favorável ao meu pedido agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Laura Cardoso

Data ____/____/____

APÊNDICE XI – CONSENTIMENTO INFORMADO (FAMÍLIAS)

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Laura Leiras Cardoso, a frequentar o V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Doutora Clara de Araújo encontro-me a efetuar uma Dissertação de Mestrado intitulada: “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”, para obtenção de grau de Mestre. Os objetivos do estudo são analisar e promover mudanças das posturas adotadas pelas Assistentes Operacionais (AO) aquando dos cuidados prestados, aos utentes, nos domicílios; informar e formar sobre os riscos de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho e capacitar as AO para a aquisição de posturas corretas durante os cuidados domiciliários.

Apelo à vossa autorização para observar e fazer registo fotográfico das posturas adotadas pelas Assistentes Operacionais aquando dos cuidados prestados no seu domicílio.

A informação recolhida será anónima e confidencial e apenas utilizada, exclusivamente, para o presente estudo, pelo que é salvaguardada desta forma a privacidade da pessoa cuidada e sua família, bem como das Assistentes Operacionais.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento não hesite em contactar-me através do e-mail: laura91cardoso@gmail.com

Desde já o meu muito obrigado pelo tempo despendido.

Laura Cardoso

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira Laura Cardoso. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome Participante: _____

Assinatura: _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD N°: datado de...../...../..... validade/...../.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

1 <http://portal.arsnorte.min->

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
SIGLAS/ABREVIATURAS.....	iv
INTRODUÇÃO.....	5
CAPÍTULO I – O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO – UM SERVIÇO DE PROXIMIDADE	9
1. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	10
1.1. OBJETIVOS DO SAD	13
2. O SAD E O DOMICÍLIO DOS UTENTES	14
CAPÍTULO II – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, ERGONOMIA E PREVENÇÃO DE LMERT NOS PROFISSIONAIS DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	16
1. DA DEFINIÇÃO DE LMERT À CONTEXTUALIZAÇÃO NO TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	17
2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	21
3. PREVENÇÃO DAS LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E DA ERGONOMIA	24
4. ASPECTOS ERGONÓMICOS DA PRÁTICA EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	30
CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO	37
1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
2. TIPO DE ESTUDO	39
3. CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	40
4. ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS	42
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	46
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	50
1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	51
1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO.....	51
1.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA POPULAÇÃO.....	54

2. PRÁTICAS ERGONÓMICAS ADOTADAS PELAS ASSISTENTES OPERACIONAIS	60
3. RESULTADOS DA GRELHA DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS ERGONÓMICAS.....	69
4. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO	75
CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	94
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	95
APÊNDICES	97
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSISTENTES OPERACIONAIS)	98
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	101
APÊNDICE III– PLANEAMENTO DA SESSÃO DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL EM CONTEXTO REAL	106
APÊNDICE IV – PLANEAMENTO SESSÃO FORMATIVA	108
APÊNDICE V- SESSÃO FORMATIVA	111
APÊNDICE VI– PANFLETO “ASPETOS GERAIS DO POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS”	114
APÊNDICE VII- PANFLETO “ALONGAMENTOS”	116
APÊNDICE VIII – GRELHA DE ANÁLISE DE PRÁTICAS ERGONÓMICAS.....	118
APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	120
APÊNDICE X- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DA IPSS.....	124
APÊNDICE XI – CONSENTIMENTO INFORMADO (FAMÍLIAS)	127

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Etapas Metodológicas e Estratégias de Recolha de Dados	46
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Roupa e calçado	61
Figura 3 - Cama sem sistema de travagem.....	62
Figura 4 – Sistema elevatório em altura	62
Figura 5- Espaço físico nos domicílios.....	63
Figura 6- Coordenação do par	64
Figura 7- Distância entre a AO e a cama e o utente	65
Figura 8 – Base de apoio da AO.....	65

Figura 9 – Flexão e rotação da coluna da AO	66
Figura 10 – Movimento dos membros inferiores no sentido do movimento a realizar.....	67
Figura 11 – Segurar o utente pelas regiões anatómicas (zona escapular, pélvica e supra cavado poplíteo);	67
Figura 12 - Usar resguardo para movimentar o utente na cama.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Queixas algícas referidas pelas participantes, por região anatómica, previamente à função de Assistente Operacional (n=3)	54
Gráfico 2 – Queixas algícas referidas pelas participantes, por região anatómica, após jornada de trabalho (n=9)	55
Gráfico 3- Distribuição das participantes quanto às situações de trabalho em que aplicam os conhecimentos adquiridos após as sessões de formação (n=12).....	75
Gráfico 4 – Distribuição das participantes quanto à intensidade da dor sentida nos últimos sete dias (n=12).....	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos utentes, segundo grau de dependência, pelas equipas de Assistentes Operacionais	41
Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da População (n=12)	53
Tabela 3 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor previamente à função de Assistente Operacional (n=12).....	54
Tabela 4 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor, após a jornada de trabalho (n=9)	55
Tabela 5- Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor) sentida nos últimos sete dias (n=12)	57
Tabela 6 – Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor), por região anatómica (n=12)	57
Tabela 7 – Distribuição das participantes conforme outros dados clínicos (n=12).....	59
Tabela 8 - Grelha de Análise das Práticas Ergonómicas	74
Tabela 9 - Distribuição das participantes conforme a aplicação prática dos conteúdos no contexto de trabalho (n=12).....	76
Tabela 10 - Distribuição das participantes conforme o impacto do tema formativo na sua vida pessoal (n=12).....	76
Tabela 11 - Distribuição das participantes segundo a utilidade dos conteúdos práticos no desempenho do trabalho em equipa (n=12).....	76

Tabela 12 - Distribuição das participantes conforme a dificuldade em aplicar os aspetos posturais nos posicionamentos e transferências dos utentes (n=12)	77
Tabela 13 – Distribuição das participantes quanto à continuidade da presença dos sintomas (n=8).....	78

INTRODUÇÃO

Os cuidados domiciliários são uma realidade cada vez mais presente no contexto da prestação de cuidados humanizados, permitindo à pessoa ser cuidada no seu próprio lar. Estes cuidados, assegurados por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), baseiam-se na prestação de cuidados de higiene e conforto havendo a necessidade de mobilizar, posicionar e transferir os utentes que deles necessitam, mediante o seu grau de dependência. O trabalho é prestado por Assistentes Operacionais (AO), cuja formação nestas áreas é essencial para garantir a prevenção de lesões no profissional e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. As Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), estão, na maioria das vezes, relacionadas com os procedimentos de posicionamento e transferências de utentes, que são considerados como os principais causadores de dor lombar, indicando que os cuidados diretos a utentes podem ser fatores de risco para contrair sintomas de lesão músculo-esquelética (Gurgueira, Alexandre e Filho, 2003).

Atendendo a estes pressupostos, e considerando as LMERT muito frequentes entre estas profissionais, sendo a maior causa de absentismo neste grupo profissional, torna-se primordial adequar a prestação dos cuidados às necessidades dos diferentes intervenientes no seio das equipas destas instituições.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), a intervenção deste deve promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas (OE, 2019b).

Desta forma, é competência do EEER, realizar a prevenção e minimizar o impacto dos riscos biomecânicos e psicossociais, que se traduzem individualmente no desempenho do profissional deste grupo específico, as AO.

Assim, surge a opção pela temática - “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”. De que forma, enquanto EEER, podemos intervir numa perspetiva de minimizar o aparecimento de LMERT, de consciencializar as AO a desempenhar funções domiciliárias, dos riscos que ocorrem face às más posturas adotadas durante as suas práticas diárias? Este estudo tem o intuito de formar e informar as AO sobre as lesões

decorrentes das situações de trabalho que afetam o bem-estar e a qualidade de vida do profissional.

As motivações para esta temática resultaram da identificação desta necessidade expressa pelas profissionais (AO), fazendo referência à sintomatologia, às lesões que apresentam e à necessidade que sentem de aprendizagem e correção das suas posturas para a manutenção do equilíbrio biomecânico. Enquanto profissionais de uma IPSS, não possuem formação essencial no âmbito da ergonomia e prevenção de LMERT. Pelo contexto de trabalho, o domicílio, podemos prever que é um meio desprovido, muitas vezes, de recursos essenciais à manutenção da ergonomia, o que se traduz numa área de interesse para investigar, assim como para o Enfermeiro de Reabilitação, no processo de educação para a Saúde desta classe profissional.

Ao longo da pesquisa bibliográfica desenvolvida foi possível encontrar na maioria, evidência dirigida exclusivamente a profissionais de Enfermagem e outros profissionais de saúde, e um estudo dirigido a auxiliares de ação médica, desenvolvido em ambiente hospitalar. Assim, este estudo torna-se um contributo para a investigação em Enfermagem de Reabilitação, pela sua atuação junto das comunidades.

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto área de intervenção diferenciada, não se limita em termos de atuação apenas às instituições hospitalares ou de outra tipologia e vai até ao local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona, o que exige um profissional capaz de mobilizar conhecimentos e competências, com vista a um cuidado holístico, como é o caso da comunidade (Matos, 2017).

As lesões músculo-esqueléticas são um problema de saúde multifatorial que se constituem como uma prioridade de atuação da Enfermagem de Reabilitação, a diferentes níveis, sendo que a promoção da saúde será fundamental para trazer ganhos em saúde a toda a população.

O facto de a população portuguesa estar a envelhecer, com a previsão de continuar no mesmo ritmo nos próximos 50 anos, resulta numa maior necessidade de aperfeiçoar a prestação dos cuidados de saúde a ela dirigidos (INE, 2014). Todavia, para que estas premissas se efetivem, é necessário que se conheça a realidade dos cuidadores formais de idosos, utentes de instituições de apoio a idosos, tendo em conta o tipo de cuidado prestado, as suas necessidades sentidas no ato de cuidar e os problemas de saúde daí advindos, pois, só conhecendo a realidade concreta se poderá intervir de forma mais ajustada.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, pretende-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem (OE, 2015).

O Enfermeiro de Reabilitação deve intervir na prevenção das LMERT, tal como salienta Serranheira [et al.] (2009), dado que os profissionais de saúde especializados constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia, através da capacitação dos trabalhadores relativamente ao conhecimento sobre LMERT.

Esta investigação surge, assim, do reconhecimento das necessidades expressas pelas AO, no que concerne ao conhecimento das LMERT, bem como dos cuidados de Enfermagem em relação a ensinos para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Desta forma, este trabalho tem como finalidade implementar medidas de prevenção de LMERT e Promoção da Saúde das AO, no que diz respeito às LMERT em cuidados domiciliários.

Para isso, pretendemos concretizar os seguintes objetivos gerais:

- Analisar as posturas adotadas pelas AO aquando dos posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio;
- Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio.

No que respeita à organização, este trabalho está estruturado em cinco capítulos: o primeiro e segundo capítulo trata da Revisão da Literatura; o terceiro Enquadramento Metodológico; o quarto de Apresentação e Interpretação de Resultados e por último apresentamos as conclusões e sugestões deste estudo.

No primeiro capítulo – “O Serviço De Apoio Domiciliário – Um Serviço De Proximidade” – fazemos um enquadramento do que é o serviço de apoio domiciliário, tentando explicar os seus objetivos mediante o contexto de prestação de cuidados por AO, nos domicílios dos utentes.

No segundo capítulo – “A Enfermagem De Reabilitação, Ergonomia E Prevenção De LMERT nos Profissionais de Cuidados Domiciliários”, procedemos à apresentação do quadro teórico respeitante à problemática das LMERT como consequência da execução

da atividade profissional em cuidados domiciliários, mais concretamente a revisão dos conteúdos teóricos acerca das mesmas enquanto fenómeno que será estudado. Procuramos compreender quais são os possíveis fatores em contexto do trabalho que condicionam a saúde do profissional do SAD. Revisam-se, ainda, os conceitos e contributos da ergonomia na compreensão deste contexto de trabalho; efetua-se a revisão das estratégias de prevenção das LMERT no que diz respeito a aspetos ergonómicos e posturais durante a mobilização de utentes, refletindo sobre o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na prevenção das LMERT.

No terceiro capítulo – “Percurso Metodológico” – descrevem-se os objetivos equacionados na presente investigação, o contexto do estudo e participantes, terminando com a apresentação dos instrumentos de recolha de dados, os motivos que levaram à sua seleção e as estratégias utilizadas para proceder à análise dos mesmos. Aborda-se de uma forma sucinta as considerações éticas a ter em conta, apresentando os instrumentos necessários à validação deste estudo por parte da Comissão de Ética.

No quarto capítulo – “Apresentação e Discussão dos Resultados” – apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos agrupando a informação por forma a dar resposta a cada um dos objetivos definidos no início deste percurso.

Finalmente, no último capítulo, expõem-se as “Conclusões e Sugestões” obtidas neste estudo, bem como novas necessidades de investigação.

CAPÍTULO I – O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO – UM SERVIÇO DE PROXIMIDADE

1. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

O envelhecimento da sociedade é uma realidade incontornável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso. Tem-se verificado uma abordagem diferente da prestação de cuidados, havendo maior interesse que estes sejam cuidados no seu ambiente domiciliário, sendo denominada esta opção por “*Aging in place*”, o que leva à crescente necessidade de respostas sociais. Se cada vez mais os idosos vivem mais tempo e consequentemente se tornam mais dependentes, o que acarreta um aumento dos custos para a saúde, dado que os internamentos têm custos altos e, muitas vezes, a vida profissional dos familiares não lhes permite acompanhar os idosos como seria desejável, pelas mudanças progressivas na constituição das famílias e pela participação crescente da mulher no mercado de trabalho, é urgente e fundamental encontrar respostas sociais que colmatem este problema.

O SAD constitui-se por um serviço dirigido, de um modo geral, a todas as pessoas que, por razões diversas, perderam parte ou a totalidade da sua autonomia, tendo como objetivo principal, promover a sua recuperação e consequente autonomia pessoal, contribuindo para um aumento da sua qualidade de vida. Apesar do SAD estar normalmente associado a pessoas idosas, fragilizadas e dependentes, a tendência atual é a de alargar o conceito a todas as idades e a diagnósticos diferenciados. Trata-se de um serviço que consiste essencialmente na prestação de serviços de natureza social e de saúde, no domicílio da pessoa, a qual, face à sua situação de perda de autonomia funcional, necessita de ajuda externa, por um período que pode ser limitado, ou prestado de forma continuada.

Oliveira (2007) no seu estudo desenvolvido sobre os SAD, constatou que o pedido inicial de SAD está normalmente associado à incapacidade funcional do indivíduo. As razões subjacentes aos pedidos de SAD centram-se maioritariamente na incapacidade física/dependência dos utentes, seguida de dificuldades na confeção das refeições que regista maior incidência nos indivíduos de sexo masculino, derivadas, sobretudo, à falta de competências a esse nível. A justificação pela incapacidade física/dependência para o pedido de SAD centra-se, maioritariamente, nos utentes que têm cuidador principal, enquanto que as dificuldades na confeção da alimentação estão mais localizadas nos sujeitos que não têm cuidador, o que em certa medida pode ser justificado por não apresentarem níveis de dependência tão elevados. No seu estudo, Oliveira (2007, p.155) constata que os utentes mais dependentes são os que utilizam mais tempo de SAD – “A

utilização de tempo de SAD, com estes utentes, incide sobretudo nas tarefas associadas ao acompanhamento das refeições (X= 1,20 min.), no banho completo (X=21,60 min.) e na higiene íntima (X=7,40 min.).”

Importa a este propósito caracterizar, ainda que de forma sumária, o conceito de dependência. De acordo com o DL 101 de 2006, uma situação de “dependência” é aquela: “em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (p.3857).

Kane (1999), citado por Oliveira (2007) adota a definição de SAD como o serviço que engloba o cuidado de saúde ou a ajuda dirigida a pessoas que residem nas suas casas, requerendo essa mesma ajuda em face do seu estado funcional ou de saúde. Segundo o mesmo autor, o tipo de cuidados não se restringe apenas aos indivíduos que já apresentam algum tipo de incapacidade relevante, devendo sobretudo, constituir-se como estratégia de prevenção, para que as pessoas idosas não fiquem precocemente confinadas à sua casa, em virtude da degradação do seu estado funcional.

Na definição apresentada por Rodríguez & Sánchez (2000), como citado em Carvalho, 2012, este serviço apresenta-se como um programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador, no qual são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, com incidência nos cuidados pessoais: desde a higiene à alimentação, cuidados da habitação e apoio psicossocial. Estes serviços destinam-se quer ao idoso, quer à sua família, promovendo a manutenção das relações do idoso com o seu meio envolvente.

Segundo a Direção Geral da Ação Social estes serviços têm como objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, através da satisfação das suas necessidades básicas e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, colaborando na prestação de cuidados de saúde (Portugal, 1996).

Estes (2000), citada por Oliveira (2007), referiu que o SAD abrange duas dimensões, especificamente a esfera individual e a esfera social. Os objetivos de natureza individual são direccionados para o próprio utente, procurando garantir o seu bem-estar e manter o indivíduo em lugares que para ele são significativos, contribuindo para a manutenção das suas redes de relacionamento (família, amigos, vizinhos...). Os objetivos de natureza social, fundamentam-se no pressuposto de que os serviços prestados no domicílio sejam

de tipo social ou de saúde, ou ambos, sendo mais eficazes do que os cuidados prestados no contexto institucional. Dado que o SAD é um serviço que permite a redução da ocupação das camas hospitalares, torna-se, por isso, uma resposta mais benéfica em termos financeiros para o sistema de saúde e, em última análise, mais benéfica para a sociedade.

As tarefas asseguradas pelo SAD, são a prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; tratamento de roupas; acompanhamento ao exterior; aquisição de géneros alimentícios e outros artigos; acompanhamento, recreação e convívio; pequenas reparações no domicílio e contactos com o exterior. Oliveira (2007), verificou que quando em contexto rural, os serviços estão associados à prestação única do serviço de alimentação, enquanto que no contexto urbano, estará associado à disponibilização de outros serviços, para além do serviço de alimentação.

De modo geral, verifica-se uma tendência crescente para uma maior prestação de cuidados de proximidade e, por conseguinte, uma crescente procura de trabalhadores que prestam cuidados domiciliários.

Em Portugal, as políticas dirigidas à intervenção na dependência, caracterizam-se pela centralidade da Segurança Social, pela importância das parcerias com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e pela falta de coordenação entre os setores social e da saúde. A Segurança Social é a única entidade responsável por administrar as respostas sociais dirigidas especificamente à população idosa. Assim sendo, esta entidade possui uma dupla função – supervisiona e financia as instituições cujos serviços se destinam às populações mais vulneráveis. Especificamente no que se refere ao tipo de serviços prestados na velhice, os Serviços de Ação Social têm serviços variados sendo de realçar os Serviços de Apoio a Idosos e Dependentes que é traduzido em Lares, Centros de Dia e de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outros (Esgaio, 2011). Os cuidados de proximidade são prestados por diversas entidades, apesar da grande expressividade das IPSS.

Os SAD, são assegurados por profissionais da área da ação social, uma vez que são prestados por IPSS's. Segundo a EU-OSHA (2014, p.6) “este grupo de trabalhadores não é formado por uma profissão específica, (...) sendo grupos vulneráveis; em geral, têm condições de trabalho menos favoráveis e recebem salários mais baixos”. Os resultados do questionário respondido por peritos em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) revelaram que os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários estão menos

protegidos pela legislação relativa à SST do que aqueles que trabalham em instituições de saúde, como por exemplo, auxiliares de ação médica.

1.1. OBJETIVOS DO SAD

Tendo por base os estudos de Oliveira (2007) e Silva (2016), o SAD procura corresponder a um conjunto de objetivos de natureza individual, dos quais se destaca:

- Melhorar ou reduzir a deterioração das capacidades funcionais. Constitui objetivo do SAD a colaboração na recuperação das capacidades do indivíduo em se autocuidar, bem como na recuperação de outras capacidades. É necessário dar especial atenção às dificuldades visuais, de locomoção, de medicação em curso, e às condições ambientais, já que todos estes fatores conjugados influenciam as capacidades funcionais do idoso, necessitando este da intervenção de profissionais da área.
- Melhorar a capacidade de autocuidado. O SAD pretende que o indivíduo saiba lidar com as suas próprias incapacidades. Mais do que ficar a depender permanentemente de terceiros, deverá ser desenvolvido trabalho que promova ensinamentos de modo a que o indivíduo possa ser autossuficiente, sempre que possível;
- Permitir que o idoso permaneça na sua casa. Se a generalidade dos idosos considera a sua casa como o local onde preferem manter-se, esta evidência pode traduzir-se numa mais-valia de grande peso para este serviço. Trata-se efetivamente de uma resposta que permite a concretização deste objetivo, ao mesmo tempo esta é talvez a maior vantagem do SAD face à institucionalização;
- Melhorar o “bem-estar psicológico”. Estados depressivos e de ansiedade podem surgir entre os idosos, originados muitas vezes pelos motivos que justificaram o recurso ao serviço, designadamente a presença de doença e/ou ausência de rede social/apoio social. A prestação do SAD, por si só, pode contribuir para a redução desses sintomas de depressão ou ansiedade, atendendo às novas relações que são, então, estabelecidas. Contudo, a prestação do serviço pode, por seu lado, exacerbar estados emocionais, nomeadamente através de comportamentos menos adequados dos profissionais, como seja infantilizar o próprio idoso. Como tal, é fundamental que os profissionais envolvidos estejam atentos ao estado

psicológico dos utentes e que contribuam efetivamente para o bem-estar dos mesmos;

- Melhorar o “bem-estar social”. Este conceito pode ser dividido em envolvimento social, entendido como atividades sociais, e relações sociais, seja com a família e com os amigos. Tal como o bem-estar psicológico, também o bem-estar social é encarado como um dos objetivos do SAD. Pretende-se que o indivíduo que usufrui do SAD, não se limite a passar os seus dias, limitado à sua casa.

2. O SAD E O DOMICÍLIO DOS UTENTES

O domicílio constitui-se como o espaço de intervenção privilegiado, apresentando-se como uma opção em relação a outras respostas sociais para a população idosa. O princípio da manutenção do idoso no seu domicílio, fator que distingue o SAD das restantes respostas sociais, privilegia o envelhecimento em casa.

Frases como “prefiro morrer, a ter que ir para um lar” são ainda hoje muito comuns entre a população mais idosa. O conceito de lar, normalmente, evoca imagens de abandono e de fragilidade familiar, contrariamente ao SAD, que proporciona e facilita a independência e a integração social, muitas vezes dificultada nesta faixa etária. Ao conceito de domicílio estão associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e até de poder, já que é aí que se encontram as representações do quotidiano dos idosos.

A prestação do SAD pretende assim, que a pessoa idosa possa continuar a viver na sua casa o mais tempo possível, em condições de conforto e dignidade aceitáveis. Contudo, muitas vezes, esta permanência no domicílio está condicionada e dificultada pelas condições da própria habitação. Em países como Portugal, onde a política habitacional, permite que muitos idosos vivam em condições habitacionais muito precárias, a prestação do SAD é, em muitos casos, seriamente dificultada. Os idosos ganham familiaridade com o seu ambiente através de rotinas estabelecidas ao longo de anos que, apesar do eventual desgaste que se possa verificar no imóvel, não parece afetá-los.

Tal como no estudo de Oliveira (2007, p114), verificou-se relativamente às condições habitacionais, que de um modo geral, as condições de habitação da amostra do seu estudo, eram

“fracas e que os resultados parecem evidenciar melhores condições nos recetores de cuidados que têm cuidador principal, uma vez que estes, na maior parte dos casos, passaram a residir em casa

dos filhos. As infraestruturas consideradas básicas não se encontram na totalidade das habitações, especificamente casa de banho, água canalizada e água quente, o que dificultará certamente a prestação do SAD”.

As infraestruturas das habitações, em grande parte dos casos, acabam por não facilitar o próprio trabalho dos profissionais envolvidos, bem como a menor densidade populacional nas zonas rurais levar a uma maior dispersão das populações, o que implica necessariamente, grandes deslocações para a prestação dos cuidados. (Idem)

A inexistência de ajudas técnicas dificulta a prestação de serviços de SAD, atendendo a que alguns utentes não dispõem de cama adaptada ao seu estado físico. (Idem)

Aos profissionais envolvidos na prestação do SAD, é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade, isto é, o utente é quem decide quando, onde e como é que quer que o tratem. Tal como refere Pastor-Sánchez (2003), na sua casa o utente faz o que quer, e os profissionais, aquilo que os deixam fazer.

Precedido pelos cuidadores informais, o grupo das ajudantes familiares domiciliárias ou assistentes operacionais (AO) constitui a base do trabalho do SAD. Trata-se de um cuidado que se reveste duma natureza íntima e pessoal, onde estes profissionais se constituem nos “olhos e ouvidos” do sistema de cuidados aos idosos. Muitos destes profissionais, normalmente pouco qualificados, são mal pagos e, na generalidade, não possuem formação adequada às funções desempenhadas. Prevê-se que estes profissionais recebam instrução, no sentido de saberem atuar no terreno, estando preparados para lidarem com os indivíduos e seus problemas. No entanto apesar desta ser a situação que se prevê que aconteça, não se encontra efetivamente implementada, nos contextos onde o SAD se encontra em atuação, nem sempre estes profissionais possuem qualificações e formação específica, de modo a saberem lidar com os seus beneficiários.

Políticos, prestadores e beneficiários do SAD, devem reconhecer esta área como fundamental ao seu desenvolvimento. É imperioso investir no treino e formação contínua, de forma a garantir e acentuar a qualidade dos serviços dos cuidadores.

**CAPÍTULO II – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, ERGONOMIA E
PREVENÇÃO DE LMERT NOS PROFISSIONAIS DE CUIDADOS
DOMICILIÁRIOS**

1. DA DEFINIÇÃO DE LMERT À CONTEXTUALIZAÇÃO NO TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

As LMERT incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga ou a postura adotada durante o trabalho (Queiroz et al., 2008). Para o desenvolvimento deste tipo de lesões contribuem os ritmos de trabalho intensos, a exposição a vibrações, pausas insuficientes, entre outros fatores como os equipamentos e a própria organização do trabalho.

Tal como descrevem Phipps, Sands e Marek (2003), o sistema músculo-esquelético é um dos maiores do organismo e engloba os ossos, as articulações, os músculos e estruturas de suporte, sendo que todos os componentes trabalham juntos para produzir movimento [e uma] estrutura de suporte. Qualquer distúrbio neste sistema resulta em disfunção músculo-esquelética. Assim, as LMERT consistem num processo patológico inflamatório, como síndromes de dor crónica, manifestando-se ao nível dos músculos, tendões, ligamentos, abrangendo os nervos correspondentes, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e articulações (Pereira, 2011).

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2007) as LMERT são lesões que afetam sobretudo os punhos, as costas, as pernas, os ombros, o pescoço, os músculos e as articulações, afetando uma ou mais regiões do corpo, na sua maioria a região cervical e os membros superiores, que ocorrem no exercício da atividade profissional com movimentos repetitivos, posturas mantidas e movimentação manual de cargas. O mesmo é descrito no Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho, do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, que geralmente as LMERT, localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, como os joelhos ou os tornozelos, dependendo da área do corpo afetada e da atividade de risco desenvolvida (Portugal, 2008).

A movimentação manual de cargas, em particular a movimentação manual de doentes (MMD), representa um peso na sociedade em geral, para as instituições e para os próprios trabalhadores, na medida em que afetam a população em idade ativa, contribuem para o aumento do absentismo laboral, para a diminuição da produtividade e da qualidade de vida dos trabalhadores. Estes dados foram comprovados pela EU-OSHA (2014, p.6),

através da análise do Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho e o Inquérito sobre as Forças de Trabalho na União Europeia, que evidenciam que

“os trabalhadores da saúde e ação social apresentam a quarta maior taxa de problemas de saúde graves relacionados com o trabalho(...), imediatamente a seguir a indústrias como a indústria transformadora e a construção; as mulheres que trabalham no setor da saúde e ação social eram mais suscetíveis de terem tido um ou mais acidentes, ou de terem sofrido de uma doença profissional, do que as mulheres que trabalham noutros setores; no caso de riscos relacionados com a postura, o setor dos cuidados de saúde situa-se na quinta posição, após a construção, a agricultura, a indústria, o comércio por grosso, o comércio a retalho, a alimentação e o alojamento.”

Segundo a EU-OSHA (2014) em 2007 as entorses e distensões foram as lesões mais comuns, implicando a perda de dias de trabalho para os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários e, em comparação com outros trabalhadores, as baixas por doença são mais frequentes entre estes profissionais como resultado de sintomas musculoesqueléticos relacionados com o trabalho.

As lesões surgem perante condições psicossociais desadequadas, sobretudo a nível individual no ambiente de trabalho refletidas na insatisfação, fadiga e stresse, e de condições ergonómicas relacionadas com a questão de trabalho continuado de natureza biomecânica, isto é, resultam de movimentos repetitivos, forçados e posturas incómodas. Ocorrem no âmbito de uma atividade profissional de natureza repetitiva, com manutenção postural e/ou com manuseamento de cargas, como é o caso da prestação de cuidados higiene, posicionamento e transferências de utentes em contexto de cuidados no domicílio.

As LMERT, em termos sintomáticos, caracterizam-se pela dor localizada ou irradiada, parestesias, sensação de peso, fadiga (ou desconforto) localizada em determinado segmento corporal e a sensação ou mesmo a perda da força (Portugal, 2008).

Os sintomas podem surgir de forma insidiosa, com situações de proeminência no final do dia de trabalho ou durante os principais picos de trabalho ao longo do dia. A sensação de alívio aparece na sequência do repouso e em períodos de descanso, como, por exemplo, as folgas ou fins-de-semana. A realização de certos tratamentos e a recorrência ao absentismo no local de trabalho é igualmente uma forma de aliviar os sintomas (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

As principais manifestações são a fadiga e o desconforto, depois de um esforço intenso ou esforços consecutivos e repetitivos e, sobretudo, quando não existe um intervalo para recuperação.

As situações de fadiga física são diariamente desencadeadas nos serviços de prestação de cuidados a pessoas dependentes, ao realizarem-se tarefas que exigem posturas fisiologicamente inadequadas, pelo transporte manual de cargas, e por muitas outras exigências impostas pelas características do próprio trabalho. A fadiga desenvolve-se quando o trabalho muscular é realizado durante um período prolongado. Um profissional com fadiga muscular tem mais probabilidade de executar um movimento errado e provocar uma lesão. Todavia, mesmo não ocorrendo qualquer tipo de acidente, a fadiga prolongada, sem tempo adequado para a recuperação, pode levar ao desenvolvimento de LMERT (Ranney, 2000).

O diagnóstico das LMERT não é simples, pois a dor e o desconforto podem ser confundidos com outras patologias. No entanto, o diagnóstico precoce é essencial para poder preservar o mais possível a qualidade de vida da pessoa (Portugal, 2008). Segundo Ranney (2000) o processo de evolução dos sintomas pode ser caracterizado em quatro estádios.

- Estadio I: a pessoa apresenta sensação de peso e desconforto na área afetada, com dor espontânea. Os sinais inflamatórios estão ausentes, a dor não irradia e melhora com o repouso. O prognóstico é bom;
- Estadio II: a dor torna-se mais intensa e persistente, sendo tolerada. Provoca quebra na produtividade. Demora mais tempo a recuperar com o repouso, pode ser acompanhada de sensação de formigueiro e calor, com leves distúrbios da sensibilidade e a recuperação é mais lenta mesmo com repouso. O prognóstico é favorável.
- Estadio III: a intensidade de dor aumenta tornando-se mais persistente. É comum a ocorrência de dor noturna. Edema e alterações da sensibilidade estão presentes. O sistema nervoso autónomo pode sofrer alterações, provocando sudção e palidez. A produtividade é muito afetada e, às vezes, a tarefa torna-se impossível de ser realizada. O prognóstico é reservado.
- Estadio IV: a dor torna-se contínua e, às vezes, insuportável. O edema torna-se persistente e, nesta fase, a atrofia e as deformidades são características. Alterações

no perfil psicológico podem acompanhar este quadro. A capacidade de trabalho é anulada e advém em incapacidade. O prognóstico é desfavorável.

As LMERT têm na sua origem diferentes fatores e a sua sintomatologia é consequência direta ou indireta das alterações morfológicas e funcionais que são induzidas no sistema motor, sensitivo e neurovegetativo. Sabe-se, porém, que o início da lesão é geralmente precedido de uma longa série de reações teciduais que se traduzem em episódios de dor e fadiga e, por isso permitem iniciar a prevenção antes do surgimento da lesão, e antes de se tornar uma alteração crónica (*Idem*).

Pereira (2011), no seu estudo, reafirmou o que Putz-Anderson, categorizou em 1988, as LMERT distribuídas por três classes: a primeira como as lesões que afetam os tendões e as bainhas tendinosas, que abarcam, de forma generalizada, as tendinites, as tendinoses e as tenossinovites, a doença de Quervain e os quistos das bainhas dos tendões. A segunda como as lesões dos nervos, as quais agrupam todas as síndromes canaliculares. A terceira como as lesões neuro-vasculares, cujas patologias tenham contactos entre os nervos e os vasos sanguíneos, bem como as síndromes de exposição a vibrações.

As LMERT podem ser agrupadas de acordo com a estrutura corporal afetada (Portugal, 2008):

- Distensão/contratura muscular: lesão que envolve uma contusão/estiramento e rutura das fibras musculares;
- Tendinites/tenossinovites: lesões a nível dos tendões e bainhas tendinosas (p. ex. tendinite do punho, epicondilite e os quistos das bainhas dos tendões);
- Síndromes canaliculares: lesão a nível de um nervo (p. ex. síndrome do túnel cárpico);
- Raquialgias: lesão osteoarticular e/ou muscular ao longo de toda a coluna vertebral ou em alguma parte desta (p. ex. cervicalgias e lombalgias);
- Síndromes neurovasculares: lesão nervosa e vascular em simultâneo.

O tratamento das LMERT inicia-se com um tratamento conservador, nomeadamente com recurso a analgésicos e anti-inflamatórios, tratamento de reabilitação, reforço muscular, orientações preventivas e gerais sobre a organização do trabalho, ou mesmo o afastamento da atividade repetida. Pode surgir, em última instância, indicação para a intervenção cirúrgica. A prevenção e o tratamento das LMERT pressupõem, desta forma, a atuação de uma equipa multidisciplinar capaz de dar resposta efetiva e eficaz à situação em causa. Salientando, que nos estádios mais avançados de LMERT, as consequências

podem ser irreversíveis, incapacitantes, com sofrimento psicológico que poderá ser intenso, faz todo o sentido que o EEER intervenha na sua prevenção, antes que haja a manifestação das lesões de uma forma mais exacerbada.

Caso os trabalhadores continuem expostos aos fatores de risco, ocorrem sintomas que inicialmente eram intermitentes, mas que depois se tornam mais persistentes, permanecem muitas vezes ao longo da noite, o que dificulta e impede a higiene do sono, com perturbações dos padrões sono-vigília. Por outro lado, começam a ser desencadeados por esforços mínimos, interferindo com o trabalho e com as atividades de vida diária.

2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Os fatores de risco para o desenvolvimento de LMERT estão associados a características individuais, organizacionais e psicossociais (Prezado *et al.*, 2015). O mesmo, é referido pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2007, 2014), que são vários os grupos de fatores que podem contribuir para a manifestação de lesões músculo-esqueléticas, nomeadamente, fatores físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais, fatores individuais e pessoais.

Segundo os autores, em termos individuais é tida em conta a idade, o género, características antropométricas, situação de saúde, patologias, estilos de vida não saudáveis (tabagismo, alcoolismo, não prática de exercício físico), fatores psicológicos (stress, ansiedade e depressão), inexperiência para a atividade, falta de formação, o vestuário e calçado utilizado durante a execução do trabalho.

Relacionado com os fatores organizacionais/psicossociais inclui-se os ritmos intensos de trabalho, pressão temporal (ausência de pausas), estilos de chefia, relacionamento com os colegas, avaliação do desempenho, exigências de produtividade e falta de apoio (recursos humanos e técnicos).

O contexto de trabalho das participantes neste estudo é, como já foi referido, o domicílio dos utentes inscritos na IPSS e que contratam os SAD. Várias são as razões que tornam o domicílio num ambiente de trabalho particularmente exigente em termos de segurança dos trabalhadores.

Segundo a EU-OSHA (2014), podemos encontrar nos domicílios riscos associados à má qualidade do ar interior, a presença de substâncias tóxicas, condições não sujeitas a controlo, como golpes provocados por objetos, agressões e comportamentos violentos

por parte dos utentes e/ ou familiares. A falta de formação e de supervisão na assistência domiciliária pode representar um desafio especial em termos de segurança para os prestadores de cuidados que trabalham nas casas dos doentes e se deslocam entre várias casas. Lesões causadas por acidentes rodoviários, esforço excessivo e movimentos repetitivos ao prestar assistência aos utentes, bem como escorregões e quedas dentro e fora das suas casas são as principais causas de tempo de trabalho perdido entre os prestadores de cuidados. Além disso, ao prestar cuidados diretos, nomeadamente vestir ou dar banho, ou ao fazer limpeza e cozinhar para utentes infetados, os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários podem ser expostos a doenças infecciosas (por exemplo, gripe, hepatite, VIH, tuberculose).

Riscos biomecânicos - Os domicílios dos utentes, têm, muitas vezes, quartos pequenos ou sobrelotados com móveis e objetos, sendo que aproximadamente “40-48 % do tempo de um trabalhador que presta cuidados domiciliários pode ser despendido em situações de má postura, incluindo posturas de inclinação frontal e de torção do tronco, associadas a problemas nos ombros, pescoço e costas” (EU-OSHA,2014, p 9). Um espaço inadequado para dar banho ao utente pode implicar riscos biomecânicos e de movimentação manual. O principal problema nos domicílios dos doentes está associado à inexistência de camas ajustáveis em altura. Habitualmente, não dispõem de equipamentos auxiliares que facilitem as transferências, tal como se encontram nas instituições de saúde (hospitais, unidades de cuidados continuados integrados). Os trabalhadores que prestam cuidados ao domicílio têm frequentemente de passar longos períodos de pé ou a andar.

As posturas inadequadas e outros fatores, como o levantamento de cargas, são importantes fatores antecipatórios de LMERT nos trabalhadores que prestam cuidados ao domicílio. Os distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com o trabalho causados pelo esforço de transferir os doentes de e para a cama, ou de os ajudar a andar ou a estar de pé, o auxílio nas atividades quotidianas (vestir, comer, andar e fazer a higiene pessoal) pode estar associada a um risco de distúrbios músculo-esqueléticos devido ao peso e/ou falta de colaboração do utente.

Riscos mecânicos - As deslocações em viatura até aos domicílios dos doentes podem suscitar acidentes rodoviários (são uma das causas mais frequentes de acidentes de trabalho entre os trabalhadores de cuidados domiciliários). Há acidentes que podem ser

causados, por exemplo, por passeios, pisos ou tapetes molhados, provocando escorregões, tropeções e quedas.

Segundo Lagerström M, Hansson T, Hagberg M. (1998), citados por Serranheira [et al.] (2012), a multifatorialidade etiológica das LMERT pode incluir fatores de risco psicossociais e as condicionantes organizacionais designadamente e entre outros, aspetos relativos à satisfação profissional, ao suporte social e ao estilo de liderança e gestão, como elementos importantes na sua génese.

Riscos psicossociais - Várias condições de trabalho também podem causar fadiga mental ou emocional aos prestadores de cuidados. Lidar com utentes e familiares que possam estar sob stress, que demonstrem comportamentos agressivos, podem ser fatores de stress para as assistentes operacionais, que sem supervisão direta do seu trabalho, são elementos expostos a estes riscos e sem proteção. O volume de trabalho elevado, bem como as suas características e as condições deficitárias de trabalho, contribuem também para este fator.

Riscos organizacionais - O ambiente físico no interior da habitação: uma boa arrumação é um fator importante na manutenção de uma área de trabalho segura para os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários. Muitos destes trabalhadores sofrem lesões por tropeçarem, caírem ou pisarem objetos que se encontram no seu caminho.

Os trabalhadores deste sector têm de fazer face a uma ampla variedade de atividades e ambientes que constituem uma ameaça para a sua saúde e os colocam em risco de doenças profissionais ou de acidentes de trabalho.

3. PREVENÇÃO DAS LMERT EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E DA ERGONOMIA

A prevenção das consequências que surgem devido aos fatores referidos anteriormente, designadamente posturas ergonómicas inadequadas, remete-nos para a importância da análise do contexto específico onde são desempenhadas tanto a nível laboral como fora deste, bem como de outras variáveis intervenientes.

Aos profissionais que prestam diariamente aos doentes dependentes, nomeadamente, nos cuidados de higiene, vestir/despir, posicionar, transferir, entre outras tarefas, são impostos níveis elevados de maior sobrecarga e tensão.

Igualmente, um conhecimento específico na área da Ergonomia e particularmente dos princípios básicos de mecânica corporal permite ao EEER contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga física, nomeadamente, na adoção de práticas seguras ao intervir na prevenção das LMERT relacionadas com as atividades que contenham fatores de risco ergonómicos anteriormente falados.

A capacitação dos profissionais relativamente ao conhecimento sobre as LMERT é o início de um processo que pretende que cada profissional consiga participar na prevenção de LMERT e, acima de tudo, a capacidade de contribuir para a gestão da sua saúde, também nos aspetos relacionados com as exigências do trabalho (Serranheira, Uva e Leite, 2012). A formação e informação dos profissionais de saúde sobre as LMERT, sobre os principais fatores de risco na sua origem e sobre a forma de as prevenir, são algumas das medidas preventivas que, apesar de não substituírem a necessária melhoria das condições de trabalho na perspetiva da SST, conduzem ao caminho correto de um investimento nas instituições de trabalho com o objetivo de os tornar mais saudáveis e portanto concebidos, de certa forma, em função dos profissionais que lá trabalham (*Idem*).

A prevenção de LMERT tem vindo a ser implementada através de programas de segurança, por exemplo na movimentação de utentes, onde se incluem medidas centradas em alguns aspetos, como o meio envolvente (ex.: zonas de trabalho espacialmente adequadas), os equipamentos (ex.: utilização de sistemas de elevação mecânica) e os profissionais de saúde (ex.: formação sobre aspetos posturais e biomecânicos na manipulação de utentes) (Serranheira [et al.], 2009).

Sendo os EEER detentores de um elevado nível de conhecimentos e experiência que lhes permite conceber, implementar e monitorizar planos e programas de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações,

tratamento e reabilitação, permite que vários grupos usufruam da sua atuação, tal como a comunidade (OE, 2019b).

Deste modo, a implementação de programas de promoção da saúde deverá incidir não só nos aspetos inerentes aos cuidados dos doentes dependentes, mas igualmente deverá abordar os princípios básicos de mecânica corporal, bem como a execução regular de programas de exercícios que interrompam as cadeias de tensões acumuladas no quotidiano, decorrentes da execução das técnicas de MMD, não esquecendo o aconselhamento sobre produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), atendendo aos recursos disponíveis e ao ambiente em que os destinatários estão inseridos (OE, 2013).

Segundo Cordeiro e Menoita (2012), a reabilitação, enquanto processo educativo, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva e tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade da pessoa e a sua reintegração na família e na comunidade, que inclui a atividade laboral.

Assim, o conhecimento profundo e especializado do EEER permite-lhe adotar eficazmente uma perspetiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis nos processos de decisão. Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação constitui-se como “uma área de intervenção clínica reconhecida, que oferece respostas às necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (OE, 2015, p.16655), nos mais diversos contextos, nomeadamente no comunitário.

A Enfermagem de Reabilitação é considerada uma intervenção dotada de criatividade para conseguir a máxima funcionalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos alvo dos cuidados (Hoeman, 2011).

Os programas de Promoção da Saúde apresentam uma maior probabilidade de ocasionarem mudanças sustentáveis junto dos trabalhadores jovens, sendo este facto importante, uma vez que os comportamentos saudáveis adquiridos precocemente tendem a ser mantidos durante toda a vida dos trabalhadores, o que proporcionará uma saúde melhor quando chegam a uma idade avançada. (EU-OSHA, 2012).

Alexandre (2007), EU-OSHA (2008) e Silva [et al.], (2011), referem que a implementação de métodos adequados para posicionamentos e transferências de utentes podem contribuir para alcançar resultados significativos na redução da incidência de LMERT junto destes grupos profissionais, bem como a minimização de custos de compensações. Inerente à melhoria das práticas, verificar-se-á a redução da rotação de

funcionários, do absentismo, o aumento da produtividade e uma maior satisfação dos mesmos.

Assim, existe a necessidade da implementação de programas ergonómicos nos locais de trabalho, com cursos de formação de reciclagem para os trabalhadores e aquisição de ajudas técnicas para esses procedimentos. Com o objetivo de contribuir para melhoria das necessidades humanas no trabalho, surge a Ergonomia, disciplina que estuda a relação entre o homem e o ambiente de trabalho, incluindo métodos, instrumentos e a organização do trabalho, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar, analisar as situações de trabalho e eliminar os elementos agressores (Alexandre, 1998a).

Derivado do grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis), a “Ergonomia” é a disciplina científica que estuda as interações dos homens e outros elementos dos sistemas, que se estendem a todos os aspetos da atividade humana, ou seja, é uma ciência que promove uma abordagem holística, na qual considera os fatores físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais e outros, aplicando teorias, princípios e métodos, de modo a otimizar o bem-estar humano e o desempenho geral do sistema (IEA, 2016).

A Ergonomia contribuiu para uma maior consciencialização e participação dos trabalhadores, capacitando-os para a identificação e correção de problemas no seu contexto de trabalho com vista à promoção da sua saúde, conforto, segurança, bem-estar e eficiência. O seu principal objetivo é elevar a qualidade de vida do ser humano e, assim, aumentar o seu desempenho no trabalho, diminuindo a fadiga, evitando as doenças e os acidentes, tendo por consequência um melhor resultado qualitativo e quantitativo das tarefas realizadas (Rebelo, 2017). Trata-se de uma ciência que incorpora vários saberes de outras disciplinas, como a Anatomia, a Fisiologia, a Antropometria, a Biomecânica, a Gestão, a Economia e a Psicologia Cognitiva (*Idem*).

A Ergonomia desde cedo, pela metodologia que preconiza, utiliza estratégias de promoção da participação dos trabalhadores e da capacitação ou “empoderamento” em matérias da sua área de estudo e intervenção, designadamente através da abordagem participativa, a qual pode ser utilizada para compreender a complexidade, quer da génese, quer da avaliação e da prevenção das LMERT. Pode então dizer-se que se trata de uma abordagem que pretende dar, por um lado, motivação e, por outro, autonomia e informação para a prevenção das LMERT (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

Na perspetiva participativa, a Ergonomia, inicia-se perante um problema que justifica a organização de um grupo de trabalhadores no sentido da resolução desse problema.

Pode incluir desde representantes das direções da empresa, às chefias intermédias, incluindo obrigatoriamente representantes escolhidos pelos trabalhadores e, pelo menos, um trabalhador do posto objeto de análise/intervenção, assim como um especialista em Ergonomia externo ou interno à empresa (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

A intervenção formativa é considerada uma alavanca para a ação, exigindo igualmente determinação por parte dos atores envolvidos. Pode-se dizer que a aprendizagem da análise ergonómica é “um instrumento para a ação” dos próprios formandos, onde a abordagem é reciprocamente formativa e inscrita num percurso de que resultarão novos conhecimentos. Este tipo de intervenção permite não só uma descrição, mas, especialmente, uma compreensão dos fenómenos em causa, que contribui para a definição de ações apontando para a transformação do trabalho (Lacomblez e Vasconcelos, 2009).

A formação e informação dos profissionais sobre as LMERT, sobre os principais fatores de risco na sua origem e sobre a forma de as prevenir, são algumas das medidas preventivas que, apesar de não substituírem a necessária melhoria das condições de trabalho na perspetiva da Saúde e Segurança, conduzem ao caminho correto de um investimento nas instituições de trabalho com o objetivo de os tornar mais saudáveis e portanto concebidos, de certa forma, em função dos profissionais que lá trabalham (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

Segundo Guérin [et al.] (2006) na Ergonomia a observação é fundamental para a compreensão das reais condições de trabalho, das atividades laborais e dos resultados sobre saúde e produção.

Assim, a análise ergonómica do trabalho pela sua metodologia específica, permite a compreensão dos diversos elementos e pode contribuir para o desenvolvimento de planos e programas de prevenção destas doenças ou lesões (Portugal, 2008).

Os distúrbios músculo-esqueléticos representam um importante problema de Saúde Ocupacional. Os profissionais de saúde estão sujeitos a sintomas músculo-esqueléticos, atribuídos particularmente a condições ergonômicas inadequadas (Alexandre, 2007).

Não existe ninguém mais interessado na sua saúde do que o próprio trabalhador e, a Ergonomia contribui para esse interesse, envolvendo os profissionais na utilização desses conhecimentos e, desde que envolvidos, são profissionais informados e recetivos à mudança que tal tipo de intervenção requer (Serranheira, Uva e Leite, 2012).

Os profissionais de saúde, bem como os da área social, são grupos vulneráveis à ocorrência de LMERT, dado que o trabalho que exige a responsabilidade por pessoas

constitui um fator indutor de stress, onde as circunstâncias são múltiplas e relacionam-se com aspetos organizacionais e também socio emocionais (Serranheira [et al.], 2009).

Os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros foram identificados através dos dados apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo como os dois grupos que mais sofrem de lesões relacionadas com o trabalho, sendo que as doenças osteomusculares e os transtornos mentais contribuíram decisivamente para os elevados números de absentismo encontrados (Assunção e Brito, 2011).

Atendendo a que a prática de cuidados como os de higiene e as ações relativas ao conforto no leito são tarefas com maior efeito na presença de sintomas de LMERT na zona lombar, revela a necessidade de conhecer, analisar e entender o que esta atividade real de trabalho representa para os enfermeiros e outros grupos, no sentido de intervir na prevenção e garantia da saúde, segurança e conforto dos profissionais no local de trabalho (Serranheira, Uva e Uva, 2012).

Para Alexandre e Rogante (2000), no contexto de trabalho de prestação de cuidados é necessário usar corretamente as estruturas corporais, o que permite aumentar a eficácia e poupar energia. Potter e Perry (2006), afirmam que manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diferentes atividades, promove uma utilização mais eficiente da energia muscular, melhorando a mecânica corporal.

No entanto, os autores verificam que este aspeto é descurado, o que contribui para a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas. Referem que são muito comuns entre os profissionais do meio hospitalar e particularmente entre os enfermeiros. Podemos transpor esta ideia para o contexto de trabalho das AO, dado que também executam as técnicas de posicionamento e transferência de utentes, em ambiente domiciliário, sendo este um meio desprovido de recursos e materiais de apoio essenciais às práticas ergonómicas corretas.

Segundo Serranheira, Uva e Lopes (2008), em Ergonomia a postura é influenciada pela tarefa a realizar, pelo contexto de trabalho e as suas características, pelas ajudas necessárias e pelas capacidades e limitações dos trabalhadores, incluindo as características antropométricas do trabalhador. Para além da postura, o alinhamento corporal é essencial para manter a tonicidade muscular e contribuir para a estabilidade. Havendo um correto alinhamento corporal - posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia- reduz-se a força exercida sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos. A coluna vertebral é o «eixo» de um bom alinhamento (OE,2013), devendo por isso ser evitadas “as posturas e

os movimentos onde se incluem, entre outros, a flexão, a extensão, a rotação e a inclinação (...) (Serranheira, Uva e Lopes, 2008, p. 28).

Para além das posturas inadequadas adotadas no trabalho e o esforço físico inerente, outro fator de risco ergonómico é a manipulação de cargas, que é qualquer operação de levantamento/sustentação, deslocação e transporte de uma carga por uma ou mais pessoas, que comporta riscos, nomeadamente, na região dorso-lombar (DL 330/1993).

A movimentação manual de cargas encontra-se regulamentada pelo DL 330 de 25 de setembro de 1993 e diz respeito a qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais trabalhadores, que devido às suas características ou condições ergonómicas desfavoráveis, comporte risco(s) para os mesmos. Esta legislação permitiu efetuar a avaliação de riscos das operações que envolvam a movimentação manual de cargas de modo a determinar o risco para os profissionais e identificar também as responsabilidades específicas para o empregador e para o profissional (DL 330/1993).

Os fatores de risco na movimentação manual de cargas são os seguintes (*ibidem*):

- Características da carga (p. ex. carga muito pesada, grande e/ou volumosa);
- Esforço físico necessário (p. ex. quando é necessário realizar um movimento de flexão e/ou torção do tronco);
- Características do meio de trabalho (p. ex. espaço livre de movimentação insuficiente; piso irregular/desnivelado);
- Exigências da atividade (p. ex. esforços físicos frequentes e prolongados; período insuficiente de repouso fisiológico);
- Fatores individuais de risco (p. ex. falta de capacidade física; roupa, calçado e outros equipamentos inadequados; falta/insuficiente formação; existência prévia de LMERT).

4. ASPECTOS ERGONÓMICOS DA PRÁTICA EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Entre os vários fatores de risco considerados preponderantes no desenvolvimento de LMERT, especificamente na atividade das AO, comparativamente com estudos em relação à atividade de Enfermagem e dos profissionais de saúde em geral, depreende-se que existem funções semelhantes tais como o posicionamento e transferência dos utentes, com elevado grau de dependência, ações estas desempenhadas várias vezes ao longo de um turno de trabalho. Acrescem ainda à atividade das AO, outras tarefas que envolvem também a movimentação manual de cargas e posturas de trabalho penosas, nomeadamente, confeção e distribuição de refeições, limpezas nos domicílios, movimentação de roupas, empurrar/puxar camas para gestão dos espaços.

As técnicas de MMD, nomeadamente o posicionamento e transferência de utentes, apresentam-se como uma rotina diária destes profissionais, requerem grande esforço físico e estão associados ao surgimento de problemas músculo-esqueléticos. (Gallasch e Alexandre, 2003).

A mobilização dos utentes apresenta-se como uma rotina diária frequente dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, auxiliares ou assistentes operacionais e fisioterapeutas, sendo que a atividade desempenhada pelos mesmos implica, habitualmente, uma elevada carga física com repercussões no sistema músculo-esquelético, que excede as capacidades individuais dos intervenientes, em particular as biomecânicas (Neves e Serranheira, 2014).

Entendemos por mobilizar a “ação de executar com as características específicas: tornar alguma coisa móvel” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 144). No contexto de trabalho em cuidados no domicílio a ação de mobilização de utentes, está relacionada com as ações de levantar, baixar, sustentar, empurrar ou puxar o utente.

A tarefa de posicionar é “ação de executar com as características específicas: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p.144).

Transferir refere-se à “ação de posicionar com as características específicas: mover alguém ou alguma coisa de um local para outro” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 145). No caso das funções desempenhadas pelas AO, as ações de transferência serão, transferir da cama para o cadeirão/cadeira de rodas e vice-versa.

As habilidades de posicionamento e transferência de utentes devem ser complementadas com o estabelecimento de práticas seguras de trabalho, dentro de uma

estrutura ergonômica, e, sempre que possível, deve-se usar materiais e equipamentos auxiliares (Alexandre, 2007).

Existem, de acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho – EU-OSHA (2008b), três categorias, em que podemos agrupar os métodos de mobilização de utentes, sendo eles:

Métodos de transferência manual - São executados por um ou mais prestadores de cuidados que utilizam a sua força muscular e, sempre que possível, a eventual capacidade residual de mobilização do utente envolvido;

Métodos de transferência, utilizando pequenos meios auxiliares de mobilização de utentes - São técnicas de mobilização de utentes executadas através de meios auxiliares específicos, tais como lençóis deslizantes em tecido de baixa fricção, cintos ergonômicos, estribos rotativos, uma barra de trapézio fixada por cima da cama, entre outros;

Métodos de transferência, utilizando grandes meios auxiliares de mobilização de utentes - Estas técnicas de mobilização são executadas através de equipamentos de elevação eletromecânicos, como os elevadores/transfereiros.

De salientar, que nos domicílios dos utentes do SAD, os métodos mais utilizados dada a falta de recursos materiais, são os métodos de transferência manual e os em que é possível utilizar pequenos meios auxiliares de mobilização, como os resguardos de pano.

Segundo Alexandre (2007), grande parte das agressões ao sistema músculo-esquelético em trabalhadores da saúde e área social, estão relacionadas com condições ergonômicas inadequadas de mobiliários, postos de trabalho e equipamentos utilizados nas atividades cotidianas, como a mobilização de utentes.

Para determinar o método de mobilização mais adequado deve ter-se em conta vários aspetos por parte do utente, como sendo o seu grau de dependência, a sua altura e o peso, a capacidade de compreensão e a vontade de cooperar. Devemos ainda atender aos seguintes princípios (EU-OSHA, 2008; OE,2013):

- Usar calçado adequado e vestuário que permita liberdade de movimentos;
- Gerir o espaço;
- Ajustar a altura da cama à altura da anca do prestador de cuidados;
- Obter condições seguras do piso (antiderrapante, eliminar/sinalizar desníveis), do trajeto a ser percorrido, isto é, sem barreiras arquitetónicas ou outras, e travar rodas da cama, cadeirão e/ou cadeira de rodas, e macas;

- Procurar sempre que possível a ajuda de outro prestador de cuidados ou meios auxiliares específicos;
- Antes de iniciar qualquer tipo de mobilização, o prestador de cuidados deve posicionar-se o mais perto possível do utente;
- Antes de iniciar qualquer tipo de operação de mobilização, deve explicar o procedimento ao utente e incentivá-lo a cooperar o máximo possível no decurso da atividade de mobilização;
- Manter uma postura correta durante as técnicas de mobilização de utentes: pernas ligeiramente afastadas e um pé colocado ligeiramente à frente a fim de assegurar uma base de apoio mais ampla. Durante o levante do utente, devem ser utilizados preferencialmente os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte superior do corpo, fletindo e depois estendendo lentamente os joelhos ao levantar o utente. A coluna vertebral deve ser mantida numa posição ereta de acordo com a sua curva natural, tendo o cuidado de evitar sobrecargas ao alongar ou fletir. Além disso, o prestador de cuidados deve sempre tentar deslocar o seu peso de acordo com o movimento que está a executar e evitar alcances excessivos. Deve ainda evitar movimentos de torção em torno de eixo vertical do corpo.
- Segurar o utente firmemente durante a mobilização, utilizando toda a mão e envolver a zona escapular, zona pélvica e/ou a zona supra cavado poplíteo;
- Alguns prestadores de cuidados poderão necessitar de agarrar as calças de pijama do utente ou utilizar meios auxiliares específicos, por exemplo, cintos com pegas;
- Utilizar equipamentos auxiliares e adaptar as condições do ambiente a cada utente através de barras de apoio em chuveiros; elevadores de sanitas; cadeiras próprias para a higiene no WC; barra tipo trapézio no leito, cintos e pranchas de transferência, discos giratórios; meios auxiliares mecânicos como transferes, entre outros;
- Participar periodicamente em programas de ensino teórico-prático relacionado com a função desempenhada.

Alexandre (2007), refere ainda que existem uma série de orientações organizacionais e psicossociais que visam a melhoria da atividade laboral, nomeadamente a variação de tarefas e atividades; evitar movimentos repetitivos; proporcionar conforto térmico, visual e acústico no ambiente de trabalho; avaliar jornada de trabalho e distribuição de períodos de pausas; implantar modificações que

garantam aos trabalhadores mais criatividade, autonomia e satisfação; e proporcionar número suficiente de trabalhadores por turno.

Torna-se ainda necessário descrever os métodos de posicionamento e transferência de utentes, segundo Alexandre e Rogante (2000), EU-OSHA (2008) e OE (2013).

Quanto aos posicionamentos, estes podem ser na cama na posição de deitado ou com o utente já sentado na cama ou fora da mesma (cadeira de rodas ou cadeirão).

Segundo a EU-OSHA (2008) e OE (2013), face a um **posicionamento na cama** com a presença de dois prestadores de cuidados: ajustar adequadamente a altura da cama em função da altura dos mesmos; contrabalançar o peso do utente com o próprio peso dos prestadores de cuidados, executando movimentos sincronizados e estabelecendo sempre comunicação entre ambos. Quando possível, usar auxiliares como, por exemplo, o resguardo deve ser enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na preensão e melhor controlar o movimento (EU-OSHA, 2008 e OE, 2013).

Não utilizando equipamentos auxiliares, quando se requer mover o cliente dependente no sentido da largura do leito, os profissionais devem colocar-se ambos do lado para o qual vai ser mobilizada o cliente Devem colocar os antebraços sob o corpo dos utentes nos seguintes locais: um na cintura escapular - a mão do profissional deve apoiar o ombro do lado oposto e região dorsal - entre a cintura escapular e a região lombar; e o outro profissional na cintura pélvica – ao nível da segunda vértebra sagrada e na região supra cavado poplíteo (OE,2013).

Para **posicionar o utente em decúbito lateral**, seguem-se as seguintes fases: permanecer do lado para o qual vai virar o utente; efetuar flexão do ombro e do joelho do utente do lado oposto no sentido em que vai ser lateralizado e fazer com que vire a cabeça na mesma direção; rodar cuidadosamente utilizando o seu ombro e joelho como alavancas. Uma outra forma de realizar este procedimento é usando-se plásticos/lençóis deslizantes e resistentes, da seguinte forma: virar o utente e colocar o lençol sob o seu corpo, voltar o utente e puxar o lençol. Desta forma, deve ficar no lado oposto para o qual o utente será virado; puxar o lençol movendo o utente na direção da assistente operacional e para a beira da cama; manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo elevando o lençol e fazendo com que o utente vire cuidadosamente. Não deve esquecer de manter, no lado oposto da cama, uma grade de proteção (Alexandre e Rogante, 2000).

Mobilizar o utente no sentido ascendente ou descendente da cama com dois prestadores de cuidados: pedir ao utente para colocar as mãos na cabeceira da cama e a empurrar durante o posicionamento, ao mesmo tempo que faz força com os pés; durante o levante do utente deve utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas e não os músculos da parte superior do corpo, primeiro fletindo e depois estendendo lentamente os joelhos ao levantar o utente; os movimentos dos prestadores de cuidados devem estar sincronizados ao executar a transferência do utente. A comunicação é muito importante (EU-OSHA, 2008).

Quando o movimento for executado no sentido ascendente ou descendente os prestadores de cuidados devem colocar-se um de cada lado da cama. Contudo, em utentes com mobilidade reduzida ou nula, o procedimento deve manter-se da mesma forma, contudo sem a colaboração do utente (OE, 2013).

Mobilizar/sentar o utente na beira da cama, no caso de estar deitado, seguir os seguintes passos: colocar o utente em decúbito lateral e de frente para o lado em que se vai sentar; elevar ou não a cabeceira da cama. Colocar uma mão na região escapulo-umeral e outra no supra cavado poplíteo e rodar o utente. Quando é executada por dois prestadores de cuidados, um apoia a região escápulo-umeral do utente e outro segura os membros inferiores (joelhos); de uma forma coordenada, elevar e girar o cliente até ele ficar sentado (Alexandre e Rogante, 2000 e OE, 2013).

Transferir o utente da cama para um cadeirão ou vice-versa, com a presença de dois prestadores de cuidados, devem colocar a cama e a cadeira de rodas ou cadeirão perto uma da outra; certificar-se de que as rodas da cadeira de rodas ou cadeirão estão travadas; remover eventuais obstáculos (apoios para os braços, apoios para os pés, estribos); ajustar adequadamente a altura da cama em função da altura do utente, para que os pés assentem no chão. Um profissional deve colocar os antebraços e mãos sob a escapulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplíteica. Através da comunicação entre ambos, deve ser realizado um movimento coordenado, deslocando o cliente para a extremidade do leito (EU-OSHA, 2008; OE, 2013). Colocando-se paralelamente à cama, o profissional responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas do cliente de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro do cliente, o profissional deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda. O outro profissional, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa,

coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores (OE, 2013).

Com o utente sentado na cadeira de rodas ou cadeirão, pode ser necessário ajustar o posicionamento do mesmo, por forma a manter o seu conforto e evitar quedas. Assim, para corrigir posicionamento de um utente no cadeirão ou cadeira de rodas com dependência baixa a moderada, as etapas repetem-se, com um prestador de cuidados: antes de iniciar, certificar-se de que os pés do utente estão o mais perto possível da cadeira de rodas ou cadeirão; pedir para se inclinar para a frente o máximo possível e ajudá-lo colocando os braços do cliente em torno da região dorso lombar; pedir ao utente para se inclinar para a frente e fazer força nas pernas durante o posicionamento que facilitará o posicionamento, utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte superior do corpo (EU-OSHA, 2008; OE, 2013).

Com dois prestadores de cuidados utilizar preferencialmente os músculos das pernas e das ancas, durante o posicionamento, deslocar o próprio peso de um lado para o outro, mantendo as costas eretas; mais uma vez os movimentos dos prestadores de cuidados devem estar sincronizados ao executar a transferência do utente, sendo a comunicação entre ambos muito importante (*Idem*).

Caso o utente apresente uma dependência elevada, o profissional coloca-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas do utente de modo a segurar-lhe os antebraços. Para maior estabilidade e segurança, o profissional deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda, de modo a evitar o impacto do peso do corpo e da força exercida sobre o ombro (OE, 2013).

Não deve esquecer de fletir os joelhos e alinhar a coluna vertebral, efetuar extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco do utente transferindo a força para os quadricípites (OE, 2013).

Para corrigir o posicionamento na cadeira de rodas ou cadeirão do utente com grau de dependência elevado deve utilizar-se o elevador. Sempre que não houver elevador, poderá ser efetuado por dois profissionais, utilizando o resguardo, devendo colocar-se um à esquerda e outro à direita da cadeira de rodas /cadeirão, de frente um para o outro. Devem enrolar o resguardo e segurar firmemente com uma mão ao nível dos ombros do utente e outra ao nível do cavado poplíteo. Elevar, com o resguardo, os

membros inferiores, puxar o resguardo junto aos ombros no sentido ascendente (OE, 2013).

Face ao exposto, torna-se pertinente abordar, junto dos profissionais de saúde e da ação social, temas relativos às orientações posturais, aspetos ergonómicos específicos e considerações sobre os procedimentos de movimentação e transferência de utentes, bem como a descrição de alguns equipamentos que deveriam ser utilizados durante a movimentação e a transferência dos mesmos, e considerando que estes devem ser urgentemente implementados na prestação de cuidados (Alexandre, 2007).

Sem equipamentos auxiliares, procedimentos teoricamente simples podem tornar-se penosos para os trabalhadores. A falta de manutenção de equipamentos e a utilização de mobiliários improvisados e inadequados também tornam o trabalho mais árduo para os profissionais (Alexandre, 1998).

Podemos encontrar diferentes materiais para ajudas técnicas, tais como as barras tipo trapézio nas camas e camas com altura ajustável; ao auxílio à transferência de utentes, como cintos de transferência, tábuas de transferência, discos giratórios para os pés, elevadores de transferência; cadeira de rodas para banho, cadeira sanitárias e cadeiras ou bancos para banho; barras de apoio na parede e suporte de segurança para sanita; elevadores de sanita; para o auxílio às atividades de locomoção: andarilhos, canadianas, muletas; bengalas; e cadeiras de rodas (Alexandre, 2007).

CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia engloba um conjunto de referenciais teóricos, de ideias ou teorias que orientam a investigação. Engloba também o conjunto de instrumentos de colheita e análise dos dados, questionários, escalas, grelhas de observação e técnicas estatísticas. E segundo Fortin (2009) pode ser definida como o conjunto de métodos e técnicas utilizadas para a realização da investigação científica.

A determinação da metodologia é uma fase com extrema importância na medida em que assegura a “fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação” (Fortin, 1999, p.40). Para a mesma autora é nesta fase que os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação ou hipóteses formuladas serão determinados. Assim, serão abordados, os objetivos e os elementos do desenho de investigação: tipo de estudo, contexto do estudo, participantes, métodos de colheita e de tratamento de dados, tendo sempre em consideração os princípios éticos.

1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos de investigação são a declaração daquilo que os autores pretendem descobrir, medir, comparar com o seu trabalho. Indicam a direção a seguir na procura da resposta à questão de investigação.

As LMERT são um problema a ter em conta entre os trabalhadores de instituições de apoio a idosos, devido à exposição elevada a esforços físicos a que estão sujeitos, nomeadamente no serviço de apoio domiciliário (SAD), relacionado com a escassez de meios técnicos e humanos, bem como, outros fatores que contribuem para a sua origem.

Com a realização deste estudo de investigação pretende-se gerar conhecimento que contribua para a compreensão do fenómeno das LMERT em AO que prestam cuidados em contexto domiciliário, e que os resultados possam ser um ponto de partida para repensar algumas questões associadas à problemática, levando à melhoria das condições de trabalho, à prevenção de lesões associadas ao desempenho da função e inerentemente à melhoria da prática de cuidados.

Assim, formulam-se os objetivos gerais de estudo:

- Analisar as posturas adotadas pelas AO aquando dos cuidados prestados aos utentes, no domicílio;
- Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os cuidados prestados aos utentes, no domicílio;

Como objetivos específicos, pretende-se:

- Informar e formar as AO sobre o risco de LMERT no desempenho da sua atividade profissional;
- Capacitar as AO para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes.

2. TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (1999), a questão de investigação orienta para o método apropriado ao estudo de um fenómeno, sendo assim o tipo de estudo a utilizar definido em função do objetivo ou pergunta de investigação e condiciona a estratégia de análise dos resultados.

Com este estudo pretende-se perceber as experiências das AO a trabalhar em contexto de prestação de cuidados domiciliários a utentes dependentes, nomeadamente modificar posturas de risco adotadas e promover mudanças ao nível das mesmas durante os cuidados aos utentes.

Pretende-se criar conhecimento e aprendizagens práticas, que serão muito úteis no referido contexto. “Como efeito indireto, (...) os profissionais aprendem sobre a sua prática e sobre si mesmos dentro de um contexto e também aprendem a implementar a mudança para melhorar a sua própria prática.” (Streubert e Carpenter, 2013, p. 280).

Considerando assim, que neste estudo se pretende perceber vivências e experiências, nomeadamente analisar e promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os cuidados prestados no domicílio de utentes, será dada preferência ao método investigação-ação. Ao “colaborarem num estudo de investigação-ação (...) tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada (...)” o que leva à melhoria da prática. (*Idem*) A investigação-ação é um método que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida. Os investigadores estudam um contexto particular da prática para identificar e descrever problemas ou áreas que necessitem de mudança, identificando possíveis soluções e implementando-as no contexto do problema.

Segundo Coutinho [et al.] (2009), observa-se um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua: planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização). Este conjunto de fases em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva. Ou seja, um

processo de investigação-ação não se confina a um único ciclo, pois de fato, e uma vez que o que se pretende com esta metodologia é, acima de tudo, operar mudanças nas práticas tendo em vista alcançar melhorias de resultados, normalmente esta sequência de fases repete-se ao longo do tempo, há necessidade por parte do investigador, de explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, e proceder a reajustes na investigação do problema.

3. CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Optou-se por desenvolver o estudo abrangendo um grupo de AO, funcionárias de uma IPSS da região Alto Minho, nomeadamente do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que manifestaram queixas de LMERT e necessidade de formação junto da EEER da ECCI do concelho, uma vez que são frequentes os momentos em que se cruzam nos domicílios dos utentes.

A opção por estudar as profissionais deste serviço social deveu-se ao facto de ser um contexto onde experienciam o fenómeno de interesse para este estudo, por estarem expostas ao risco de desenvolver ou terem já desenvolvido LMERT, pelo exposto no capítulo anterior.

Com a finalidade de aceder à população recorreremos à Direção Técnica desta IPSS, através da qual se pretendeu, em primeira instância, tomar conhecimento da dimensão da população e que posteriormente colaborou na colheita de dados.

A população compreendeu todas as AO que trabalham neste contexto e aceitaram participar no estudo, que são na totalidade doze funcionárias, todas do género feminino, sendo que a última formação relacionada com o tema Ergonomia e Posicionamentos foi realizada há mais de seis anos, segundo a Direção Técnica da IPSS.

O SAD pertence a esta IPSS, fundada em 1994, estando localizada no centro do concelho, com uma área de atuação que abrange várias freguesias limítrofes.

Geograficamente, são freguesias afastadas, distando, as mais longínquas, aproximadamente dez quilómetros do centro do concelho. Os acessos rodoviários encontram-se, em alguns percursos, em mau estado de conservação. As deslocções são realizadas em carrinhas da instituição, excetuando uma das equipas, que se desloca a pé, dada a proximidade dos domicílios com a IPSS.

A distribuição do trabalho é organizada em equipas: amarela, verde, cor-de-rosa clara, cor-de-rosa escura e castanha. A atribuição de cores funciona como designação de

cada equipa, sendo uma atribuição dada pela Direção-Técnica. Cada equipa é constituída por dois elementos e tem uma área de abrangência estipulada, tendo um número de utentes atribuído (dependentes em grau elevado e dependentes em grau reduzido). Mediante o grau de dependência de cada utente e os serviços contratados são adequadas as tarefas a desempenhar. A lista de tarefas contempla uma série de atividades/tarefas instrumentais de vida diária: banho completo, higiene diária, lavar pés, higiene oral, cortar unhas, fazer barba, hidratante, pentear, cortar cabelo, levantar/mobilização, apoio para medicação, apoio pequeno-almoço, apoio almoço, fazer cama, mudar roupa de cama, limpar/varrer, lavar loiça, despejar lixo, manutenção WC, aquisição de bens e serviços. Diariamente é assinalado na lista cada atividade realizada.

No SAD em questão neste estudo, a generalidade dos cuidados prende-se com os cuidados de higiene e conforto e de preparação e distribuição de alimentação. Os cuidados higiene e conforto como o banho completo (inclui a lavagem do cabelo), bem como a mudança de roupas das camas, são planeados em dias alternados, ou seja, não são realizados diariamente.

Apresentamos na tabela 1, a distribuição dos utentes, mediante o seu grau de dependência, pelas equipas de AO.

Tabela 1 – Distribuição dos utentes, segundo grau de dependência, pelas equipas de Assistentes Operacionais

Equipa	Nº de Utentes dependentes em grau elevado	Nº de Utentes dependentes em grau reduzido
Amarela	7	2
Verde	8	0
Cor-de-Rosa escura	5	1
Cor-de-rosa clara	7	1
Castanha	4	1

O horário de trabalho é de quarenta horas semanais. A jornada de trabalho é dividida pelo período da manhã, que se destina às tarefas de cuidados de higiene, administração de medicação e apoio ao pequeno-almoço, entre as 8h30 e as 11h30. Após as 11h30 regressam à instituição para recolherem as refeições preparadas e fazerem a distribuição novamente pela ronda inicial. O período entre as 14h30 e 15h, destina-se à tarefa de posicionamento de determinados utentes dependentes, que contratem este

serviço. Entre as 17h e 20h, três equipas (duas com dois elementos e uma equipa apenas com um elemento) asseguram os cuidados de higiene parcial, posicionamento e apoio à refeição.

O tempo despendido, diariamente, em cada domicílio varia, entre os 20-25 minutos no período da manhã, 10 a 15 minutos no período da tarde, e 15 a 20 minutos no período do final do dia. Os utentes que apresentam níveis de maior dependência, despendem mais tempo de SAD do que os utentes mais autónomos.

A IPSS dispõe de batas para que as AO usem nos cuidados, não sendo estas suficientes, pois as roupas e calçados utilizados diariamente pelas AO são desadequados às funções a desempenhar: roupas apertadas, que dificultam a liberdade de movimentos e calçado derrapante, aberto e/ou instável.

O contexto de trabalho é o domicílio. A casa de cada utente é um espaço diferente, obrigando por parte das AO, uma grande capacidade de adaptação e gestão do espaço para a concretização das tarefas. Pudemos constatar que as condições, relativamente ao espaço físico são deficientes, havendo residências onde o espaço para a prestação dos cuidados de higiene, posicionamento ou transferência dos utentes era de cerca de cinco metros quadrados, com camas comuns de casal ou solteiro, acrescendo mobiliário obsoleto. Muitas vezes as AO ficam limitadas pelo espaço físico, o que compromete o trabalho de pares.

Nos domicílios cujas camas eram articuladas, apenas uma era elevatória em altura e duas não tinham travões.

Verificou-se que as AO não faziam uso do sistema de travar a cama e/ou cadeira de rodas/cadeirão; a única cama que possuía sistema elevatório em altura, não usufruíam dessa funcionalidade; nas camas articuladas não subiam a cabeceira para sentar o utente na cama; não usavam o resguardo (lençol dobrado) para mobilizar o utente na cama no sentido ascendente e lateral na cama; pegavam no utente pelas mangas da roupa e pernas para o mobilizarem.

4. ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Streubert e Carpenter (2013), a recolha de dados na investigação-ação incluiu factos e interpretações ou explicações desses factos. Inicia-se de modo amplo e compreensivo e à medida que as descobertas surgem guiam e focam as colheitas de dados sucessivas. Os investigadores e os participantes em conjunto determinam as técnicas para registo de dados, como por exemplo, gravações em fita magnética, vídeo, registo de notas

ou obtenção de fotografias e diapositivos, sendo as notas e as fotografias menos intrusivas e ao mesmo tempo menos rigorosas.

O estudo foi estruturado em diferentes etapas metodológicas e estratégias de recolha de dados. Inicialmente promoveu-se junto da população uma sessão de informação sobre os objetivos do estudo e as etapas a desenvolver, tendo-se ainda solicitado às AO o preenchimento do consentimento informado (Apêndice I) e de um questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice II), que foi construído tendo por base o modelo desenvolvido por Nobre e Araújo (2018) e por Fonte et al (2017). Este foi preenchido individualmente pelas AO, sendo pedido para que se identificassem através da sua data de nascimento (código de verificação) para articular com os restantes instrumentos de avaliação.

Numa segunda etapa destinada à análise das posturas das AO na prestação de cuidados, optou-se pela observação direta da prestação dos cuidados pelas AO e pelo registo fotográfico das posturas adotadas durante os procedimentos efetuados (planeamento da sessão de observação individual em contexto real-Apêndice III). Fez-se uma primeira observação de uma equipa, com a finalidade de compreender a rotina dos cuidados no domicílio, nomeadamente o tempo despendido em viagem, o tempo necessário para os cuidados em cada domicílio, a dinâmica da equipa em termos de trabalho a pares e comportamentos de risco a corrigir. Nesta primeira etapa, foram observadas três equipas diferentes, tendo-se atingido a saturação dos dados observados, no que respeita aos comportamentos de risco observados. Nos cuidados prestados pelas diferentes participantes destas três equipas, estas inadequações nas posturas eram repetidas em todas as observações e registo fotográfico.

O registo fotográfico foi concretizado com alguma dificuldade, dado que é particularmente difícil captar as imagens em movimento. No entanto, reveste-se de interesse dado que as fotografias tiradas pelo investigador, e mostradas às participantes, podem ser usadas como um estímulo, servindo também como material formativo na etapa seguinte, aquando da formação em grupo.

Após a concretização do diagnóstico através da observação das práticas das AO em contexto real e do registo fotográfico, planeámos a formação teórico-prática em sala (Apêndice IV). Realizou-se, em grupo, uma sessão formativa, onde as AO puderam adquirir conhecimentos sobre a temática das LMERT mais frequentes no contexto profissional e a sua prevenção (Apêndice V). Teve como objetivo, fornecer informação às AO sobre os aspetos gerais a considerar aquando do posicionamento e transferência de

utentes. A preparação da formação e dos conteúdos a abordar, foram baseados naquilo que consideramos ser as necessidades formativas das AO observadas por meio do registo fotográfico e observação do trabalho das mesmas, no contexto real, os domicílios. Nesta sessão, recorreremos ao método expositivo, no qual apresentamos uma seleção de fotografias recolhidas na primeira fase, servindo como material formativo. A sessão também contemplou uma parte prática, onde as AO puderam observar inicialmente a demonstração realizada pelo investigador e de seguida executaram as técnicas de posicionamento e transferências, a pares.

Para capacitar estas funcionárias para a aquisição de conhecimentos sobre as posturas a adotar durante os cuidados de posicionamentos e transferências dos utentes, fornecemos ainda conteúdos que lhes permitissem adquirir informação sobre a prevenção das LMERT, tais como dois panfletos para consulta: um sobre os aspetos gerais do posicionamento e transferência de utentes; outro sobre exercícios de alongamento corporal, treinados durante a formação. (Apêndice VI e Apêndice VII, respetivamente).

Após esta sessão, partimos para a formação a pares em contexto de trabalho, que se traduziu num prolongamento da formação e simultaneamente avaliação. Sendo os domicílios locais com características diferentes e não se tratando de um ambiente hospitalar com recursos materiais disponíveis, foi imperativo realizar esta etapa, dando tempo necessário até o investigador ter a perceção de que as AO estariam aptas para proceder à avaliação dos conhecimentos adquiridos.

Nesta etapa, corrigimos e avaliamos, junto de cada AO individual ou em pares, as suas posturas e as estratégias utilizadas. Foram realizadas correções posturais de forma individual, tantas quantas as necessárias por cada participante, de forma a dar continuidade de resposta aos objetivos: promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os cuidados prestados aos utentes, e capacitar para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes.

Durante as sessões, as AO estavam expectantes relativamente às mudanças. Dada a dificuldade de avaliar e corrigir duas AO ao mesmo tempo, estas sessões de formação em contexto real, prolongaram-se durante cada turno diário de cada equipa, em vários domicílios, por forma a abranger todas as funcionárias e certificarmo-nos que as suas dificuldades e dúvidas estavam colmatadas, permitindo também que houvesse tempo entre a prática, assimilação, e avaliação final, que decorreu no último domicílio visitado por cada equipa. Após a observação e participação da correção dos comportamentos de

risco encontrados nas posturas e técnicas de posicionamento e transferências de utentes, procedemos ao registo na grelha de análise de práticas ergonómicas. (Apêndice VIII).

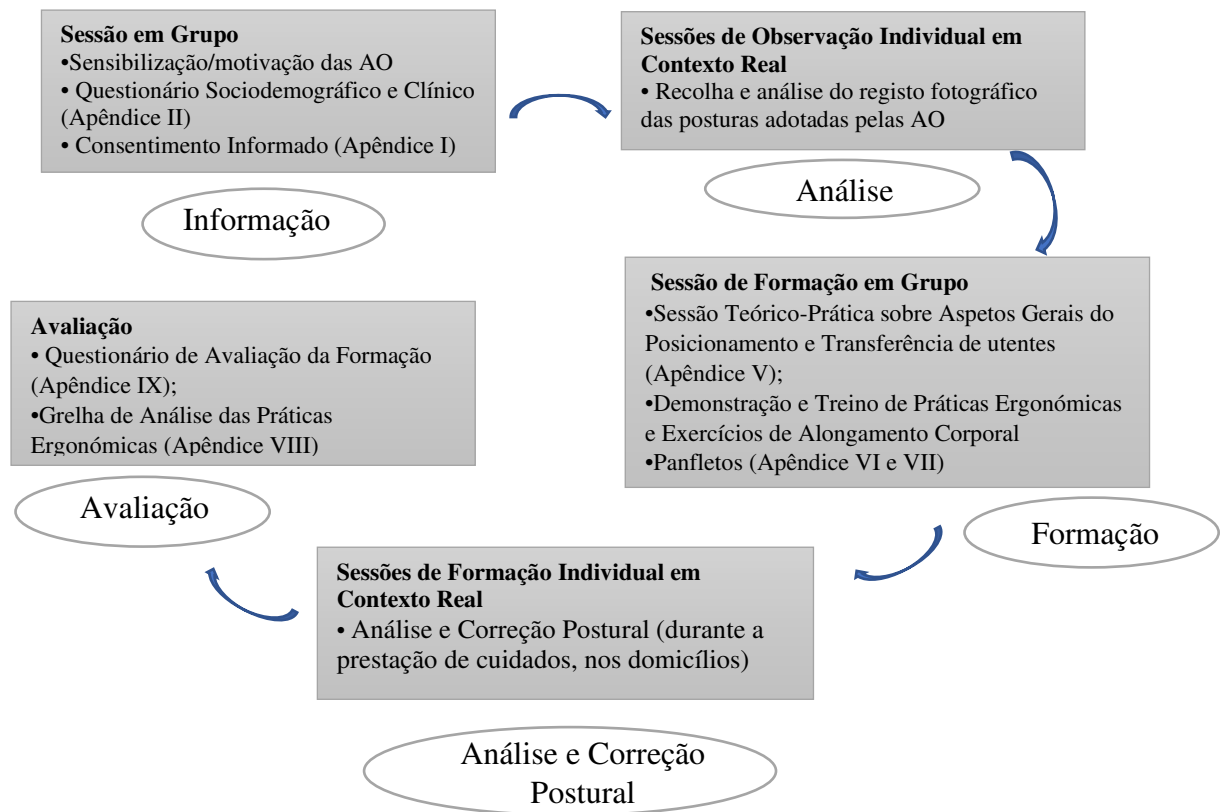
Dado que ao realizar a pesquisa bibliográfica, não encontramos nenhum instrumento que permitisse avaliar os aspetos relacionados com as posturas e comportamentos das AO nas técnicas de posicionamento e transferência dos utentes nos domicílios, dada a especificidade do contexto de trabalho, criámos uma grelha de análise de práticas ergonómicas. Para criar este instrumento basámo-nos no trabalho de Matos (2017) sobre as Lesões Músculo-Esqueléticas na comunidade, em que a autora desenvolveu um estudo junto de cuidadores informais, que prestavam cuidados a familiares dependentes, no seu contexto, também ele o domicílio. A grelha foi também construída tendo em conta os pressupostos da EU-OSHA (2008) e OE (2013) sobre as técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões musculoesqueléticas na prestação de cuidados de saúde, bem como o trabalho de Nobre e Araújo (2018). Obtivemos uma grelha em que agrupamos seis práticas de gestão do ambiente essenciais à prestação dos cuidados executados pelas AO e dez práticas ergonómicas a considerar durante o posicionamento e transferência dos utentes (Apêndice VIII).

Estas sessões foram realizadas, com predomínio, nos turnos da manhã onde existe um maior leque de experiências nos posicionamentos e transferências de utentes.

Solicitou-se, após as sessões de formação e avaliação em contexto real, o preenchimento de um questionário de avaliação da formação (Apêndice IX), no sentido de proceder à avaliação das sessões formativas, bem como a pertinência e impacto das mesmas na vida profissional e pessoal das AO.

Apresentamos de seguida, no diagrama 1, as etapas metodológicas e as estratégias de recolha de dados, anteriormente descritas.

Diagrama 1 - Etapas Metodológicas e Estratégias de Recolha de Dados



5. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Dedicamos agora este tópico à descrição de como procedemos ao tratamento e análise dos dados recolhidos. Importa dizer que esta é uma das etapas que constitui a fase metodológica de um processo de investigação, e que deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho de investigação do estudo.

Atendendo a que a análise de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia (Streubert e Carpenter (2013)), o tratamento e análise dos dados foram divididos pelas diferentes etapas metodológicas previamente apresentadas.

De acordo com Streubert e Carpenter (2013, p. 291) a “avaliação ocorre no final da implementação ou em intervalos específicos de tempo ao longo da mesma. (...) uma avaliação da implementação do processo inclui os dados colhidos durante a reflexão bem como os dados adicionais.” Este processo deve incluir triangulação de técnicas de colheita de dados para validar o significado e o rigor. Como métodos de colheita de dados podem utilizar-se diários de reflexão, análise de incidentes críticos, entrevistas, questionários e observação.

Assim, na primeira sessão em grupo destinada ao preenchimento do Questionário Sociodemográfico e Clínico, não houve interferência por parte do investigador. Os dados obtidos foram analisados recorrendo a estatística descritiva.

A recolha de imagens fotográficas está relacionada com a investigação qualitativa e disponibiliza-nos dados descritivos, que são muitas vezes utilizadas para compreender o subjetivo e frequentemente analisadas indutivamente (Bogdan e Biklen, 1994).

Bogdan, 1988, citado por Bogdan e Biklen, 1994, refere que as fotografias podem representar a visão do que o fotógrafo considera importante, ou seja, quando estudamos fotografias retiramos pistas acerca do que as pessoas valorizam e quais as imagens que preferem. Embora as fotos possam não provar nada de forma conclusiva, quando usadas em complementaridade com outros dados podem adicionar um conjunto de provas importantes para o estudo.

A utilização mais comum de colheita de imagens fotográficas, é talvez em conjunção com a observação participante. Nesta qualidade é a maior parte das vezes utilizada como um meio de lembrar e estudar detalhes que poderiam ser descurados se uma imagem fotográfica não estivesse disponível para os refletir. As fotografias tiradas pelos investigadores no campo fornecem-nos imagens para uma inspeção intensa posterior que procura pistas sobre relações e atividades, fornecem ainda uma razão para juntar as pessoas para uma discussão, o qual produz bons dados - dados sobre as reações das pessoas às fotografias (*Idem*).

Partindo para as sessões de observação individual em contexto real, optamos pela estratégia de recolha e análise de imagens fotográficas, que evidenciam as posturas adotadas pelas AO nas tarefas de posicionamento e transferência dos utentes.

A análise de conteúdo da imagem fotográfica realizou-se no sentido céfalo-caudal, tal como o modelo de atuação da OE (2013). As imagens foram analisadas segundo três níveis de conteúdo: o morfológico que se preocupa com a forma do conteúdo, ou seja, com os atributos técnicos utilizados para obtenção da imagem. O conteúdo temático, onde os elementos de conteúdo presentes na foto são abstraídos pelo pensamento intelectual e se convertem em conceitos ou categorias temáticas. E por fim a análise do conteúdo icónico consiste na descrição do que se vê literalmente na fotografia (Robledano Arillo, 2000, citado por Silva, I.O.S.; Fujita, M.S.L.; Bizello, M.L., 2009).

Posteriormente realizaram-se sessões de formação teórico-prática em sala, em grupo. A formação prolongou-se durante as sessões de formação individuais em contexto real, tendo ainda uma componente de avaliação, aplicando-se como método de avaliação dos

conhecimentos adquiridos pelas AO, o registo da grelha de análise das práticas ergonómicas. A sua análise realizou-se com recurso a uma tabela, que foi colorida, utilizando tons de verde para itens realizados durante a avaliação, vermelho para itens não realizados, e amarelo para itens não aplicáveis durante determinada avaliação.

Por fim, a aplicação de Questionário de Avaliação da Formação (Apêndice IX), cujos resultados foram determinados recorrendo a estatística descritiva.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer investigação, provoca questões morais e éticas no seu desenrolar, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdade dos inquiridos que participam no estudo, em todas as fases de desenvolvimento do mesmo, evitando desvios éticos na conduta científica. Acima de qualquer interesse científico, devem ser garantidos os direitos individuais dos participantes.

Segundo Ribeiro (2010), em investigação os aspetos éticos são decisivos. A ética aponta limites e os espaços na investigação, e sem um código de ética, é a própria investigação que fica em causa.

A investigação em seres humanos tem sido regulamentada ao longo das últimas décadas, tendo sido gradualmente instaurados códigos de ética à escala nacional e internacional, em consequência de experiências e observações efetuadas no passado sem qualquer tipo de controlo social. A investigação biomédica e comportamental que envolve seres humanos deve reger-se por princípios básicos que visam proteger a integridade física e psicológica dos sujeitos da investigação. Assim, segundo Fortin (2009), devem ser condição da investigação: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela privacidade e confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Seguindo este pensamento, as medidas previstas no decurso do estudo e aquando da aplicação dos diferentes instrumentos para assegurar o cumprimento das normas aplicáveis internacionalmente, numa primeira fase passaram por um processo de verificação e aprovação por parte da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I).

Procedemos inicialmente à formalização do pedido de autorização para a realização do estudo, junto da Direção Técnica da IPSS (Apêndice XI).

Após a validação por parte da Comissão de Ética, foram informadas as AO e explicados os objetivos da investigação, garantindo a participação voluntária, anónima e confidencial dos intervenientes, elaborando um termo de consentimento informado (Apêndice I).

Foi também solicitado à Direção Técnica que entregasse o consentimento informado a cada família (Apêndice XII), no sentido de aprovarem a presença do investigador nos domicílios, bem como o recurso ao registo fotográfico, esclarecendo que este não revelaria nunca a identidade dos participantes.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para proceder à interpretação dos resultados obtidos, recorreremos ao estudo desenvolvido por Nobre e Araújo (2018), onde as autoras estudaram um grupo de Auxiliares de Ação Médica, que desempenhavam funções similares, no entanto em contexto de Unidade de Cuidados Continuados, tendo um ambiente controlado, com os recursos necessários para o posicionamento e transferências de utentes e num trabalho desenvolvido em parceria com Enfermeiros. Embora a maioria dos estudos atuais que se debruçam sobre a temática das LMERT sejam realizados com amostras pertencentes a outros grupos profissionais, nomeadamente Enfermeiros, também utilizaremos estes estudos para obter comparações com o nosso, tal como o de Serranheira (2012), o de Gurgueira, Alexandre e Filho (2003) e Assunção e Brito (2011). No âmbito social, recorreremos ao estudo de Oliveira (2007), de forma a analisar as questões relacionadas com o SAD.

1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

Para caracterizar as participantes social e demograficamente, recorreremos à aplicação do questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice II).

Como se pode observar na tabela 2, a população deste estudo é constituída por 12 participantes, do género feminino (100%), de idade adulta (\bar{x} de idades = 41 anos, com σ de 6 anos), maioritariamente casadas.

Segundo a EU-OSHA (2014) o setor da ação social é um dos setores que emprega cerca de 10% dos trabalhadores da UE, sendo que as mulheres representam 77% dos trabalhadores nos vários contextos (hospitais, lares e unidades de cuidados, consultórios médicos, etc.) e também na prestação de cuidados de SAD como no estudo que desenvolvemos.

Oliveira (2007), no estudo desenvolvido sobre os SAD, concluiu na caracterização das ajudantes familiares domiciliárias, que se tratava de uma amostra 100% feminina, com média de idades de 39,9 anos.

O mesmo verificou, Serranheira, [et al.] (2012) referem que num estudo semelhante ao efetuado tratava-se de um grupo predominantemente do género feminino (77,4%).

Também Nobre e Araújo (2018), estudaram um grupo de auxiliares de ação médica, cuja amostra era constituída apenas por mulheres.

Relativamente às variáveis antropométricas, verificamos que a média de alturas (em cm) é $\bar{x}=162,5\text{cm}$, com σ de 12,7cm; quanto ao peso (em Kg), calcula-se $\bar{x}=71,5\text{ Kg}$ e com σ de 8 Kg. No que concerne ao Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria encontra-se no patamar Pré-Obesidade (25%) e Obesidade grau I (33,3%).

Estes dados coadunam-se com as respostas dadas à questão “Pratica Exercício Físico?”, em que 75% da população nega praticar qualquer tipo de exercício físico. Apenas três participantes realizam alguma atividade física, designadamente, a caminhada (sete vezes por semana) e ginásio (não especificaram modalidades ou exercícios praticados (duas vezes por semana).

No estudo desenvolvido por Serranheira, Uva e Uva. (2012), assim como o de Nobre e Araújo (2018), não foi possível relacionar estatisticamente o género, a idade e o IMC, com a presença de dor no sistema músculo-esquelético ou sensação de desconforto. O mesmo se verificou neste estudo, em que participantes que apresentam um nível eutrófico (IMC), referem queixas algícas após o dia de trabalho.

Metade das inquiridas possui o Ensino Básico (9º ano completo), assim como a maioria das participantes referem ter formação institucional sobre o tema das LMERT.

No estudo de Oliveira (2007), a autora constatou que a maioria das profissionais possuía apenas a escolaridade obrigatória e o nível de escolaridade correspondente ao Ensino Secundário era de 20% da amostra. Verificou ainda, que a generalidade das ajudantes familiares domiciliárias frequentou formação profissional ligada à sua prática profissional (80%).

Avaliando os conhecimentos das AO, sobre o tema em estudo, oito elementos (66,7%), possuem formação nesta área, sendo que, segundo a Direção Técnica, a última que ocorreu foi há cerca de seis anos. Assim, constatamos que os restantes quatro elementos (33,3%) não possui qualquer formação relevante na área da prevenção das LMERT, tratando-se sobretudo de funcionárias que exercem funções há menos de seis meses ou um ano. Podemos relacionar assim a presença de queixas algícas com a formação prestada pela IPSS às AO relativamente à temática das LMERT. Verificamos que apenas duas participantes (16,6%) com formação não referem sentir dores. As restantes 83,4% da amostra que refere queixas algícas possui formação, ministrada há cerca de seis anos, o que nos leva a crer que de facto existe necessidade de implementar novos ciclos de formação.

Torna-se, ainda, pertinente referir que 16,7% das participantes referem executar funções semelhantes às executadas no SAD, a título particular, cuidando de idosos, o que se traduz em carga de trabalho superior.

Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da População (n=12)

Género	Ni	Fi%
Feminino	12	100
Masculino	0	0

Idade (anos)	Mín. -Máx.	□	Σ
	26-57	41	6

Estado Civil	Ni	Fi%
Solteiro	3	25
Casado	4	33,3
União de Facto	2	16,7
Divorciado	2	16,7
Viúvo	1	8,3

Medidas Antropométricas	Mín.-Máx.	\bar{x}	Σ
Peso (Kg)	98-48	71,5	8
Altura (cm)	171-150	162,5	12,7

Índice de Massa Corporal	Ni	Fi%
Baixo Peso (<18,5)	0	0
Eutrofia (18,5-24,9)	4	33,3
Pré-obesidade (25-29,9)	3	25
Obesidade, grau I (30-34,9)	4	33,3
Obesidade, grau II (35-39,9)	1	8,3

Habilitações Literárias	Ni	Fi%
Ensino Primário	1	8,3
Ensino Básico (9º ano completo)	6	50
Ensino Secundário (12º ano completo)	2	16,7
Ensino Secundário (12º ano incompleto)	2	16,7
Ensino Superior	1	8,3

Formação relacionada com a temática	Ni	Fi%
Sim	8	66,7
Não	4	33,3

Vínculo profissional com a IPSS (tempo)	Ni	Fi%
Menos de seis meses	2	16,7
Entre seis meses e um ano	3	25
Entre um e dois anos	0	0
Mais de dois anos	7	58,3

Exerce funções semelhantes fora da IPSS	Ni	Fi%
Sim	2	83,3
Não	10	16,7

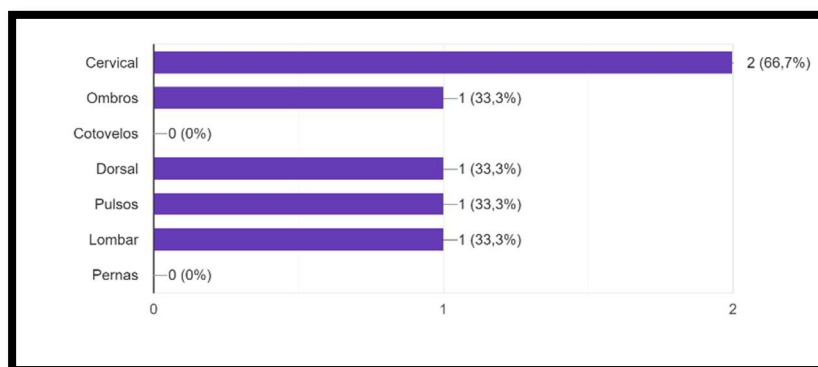
1.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA POPULAÇÃO

Clinicamente, podemos constatar que nove participantes (75%) não apresentavam queixas álgicas antes de iniciar a função que atualmente desempenham (Tabela 3). Três elementos sentiam já dores a nível da cervical, ombros, pulsos e coluna dorso-lombar (Gráfico 1).

Tabela 3 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor previamente à função de Assistente Operacional (n=12)

	Ni	Fi%
Sim	3	25
Não	9	75

Gráfico 1 – Queixas álgicas referidas pelas participantes, por região anatómica, previamente à função de Assistente Operacional (n=3)



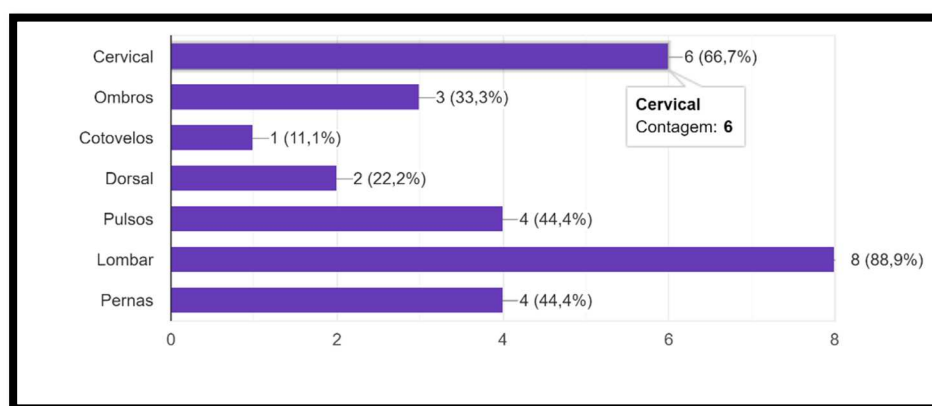
O contrário se verifica, após o dia de trabalho, 75% das participantes, refere dorso-lombalgias (88,9%) e cervicalgias (66,7%). Tal como observamos na Tabela 4, a distribuição percentual relativa às queixas álgicas sentidas pelas AO, nos últimos sete dias, tem maior expressão ao nível da região lombar (88,9%), cervical (66,7%), pulsos e pernas (44,4%), seguido de ombros (33,3%) (Gráfico 2).

De seguida, apresentamos a tabela 3, onde se encontram os valores percentuais relativo à dor sentida previamente à função atual e a comparação com a dor atualmente referida pelas AO e a sua intensidade.

Tabela 4 – Distribuição das participantes quanto à existência de dor, após a jornada de trabalho (n=9)

	Ni	Fi%
Sim	9	75
Não	3	25

Gráfico 2 – Queixas álgicas referidas pelas participantes, por região anatómica, após a jornada de trabalho (n=9)



Podemos ainda relacionar a localização anatómica da dor e a sua intensidade.

Após a distribuição da intensidade de dor referida pelas AO pelas regiões anatómicas identificadas pelas mesmas, concluímos que das participantes que referem dor cervical, 33,3% sente dor moderada; 16,6% referem dor moderada na região dorsal; 50% referem dor moderada a intensa na região lombar e 16,6% refere dor ligeira; nos ombros referem dor intensa 16,6% das participantes; 8,3% referem dor intensa nos cotovelos; 25% referem dor moderada a intensa nos pulsos e 25% referem dor intensa nas pernas (Tabela 5).

Após esta análise, facilmente verificamos que a localização anatômica mais afetada é a região lombar, onde as AO que descrevem dor, 66,6%, identificam processos dolorosos e desconforto associado a níveis de dor mais elevados, na escala numérica da dor. Segue-se a região cervical (49,9%), pernas (33,3%) e ombros e pulsos (24,9%). Tal como descrito por Serranheira Uva e Uva (2012), a prevalência de sintomas de LMERT, quanto à presença de dor na região lombar foi a mais citada (60.9%), sendo este valor o mais aproximado deste estudo. Nos estudos levados a cabo por Nobre e Araújo (2018), 57,1% das participantes referem dor lombar, assim como no estudo de Gurgueira, Alexandre e Filho (2003), onde a dor lombar é referida por 59% das participantes, dor de ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%) (Tabela 6).

A nível europeu, de acordo com o VI relatório sobre as condições de trabalho da European Foundation - Overview report, (2016) o as queixas mais relatadas são a dor lombar (44%), seguido de dores musculares nos braços (42%), cefaleia e fadiga (ambos 36%), dores musculares nas pernas (30%), ansiedade (16%), lesões (7%).

Mantém-se ainda queixas generalizadas de desconforto/peso/cansaço e relacionadas com parestesias dos membros superiores, edemas dos pulsos e pernas. Apenas 25% recorrem ao uso de dispositivos para diminuição e/ou prevenção da dor, nomeadamente cintas lombares e pulsos elásticos. Referem dor máxima sentida atualmente, segundo a Escala Numérica da Dor, dor moderada (33,3%) e dor intensa (24,9%), sendo que a mesma percentagem (58,3%) recorre a terapêutica analgésica.

Quanto à relação da intensidade da dor com a idade das AO, verificamos que as participantes com idades entre os 35 anos e os 57 anos (58,3%), referem dor moderada a intensa; duas participantes (16,6%) com idades entre 29 e 30 anos, referem dor ligeira. As restantes três participantes, duas com idades compreendidas entre os 29 e 30 anos e uma com 51 anos, não referem queixas álgicas após o dia de trabalho. Segundo a EU-OSHA (2014), os trabalhadores mais velhos sofrem frequentemente lesões mais graves do que os trabalhadores mais jovens e, quando são vítimas de lesão no local de trabalho, poderão necessitar de períodos de recuperação mais longos do que os seus colegas mais jovens.

Igualmente, também podemos relacionar a presença de dores com o tempo de exercício profissional. Assim, após a análise das respostas, aferimos que 50% das participantes, que exercem funções nesta instituição há mais de dois anos, refere queixas álgicas; entre seis meses e um ano, 16,7% e há menos de seis meses, 8,3% também referem dor.

Tabela 5- Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor) sentida nos últimos sete dias (n=12)

	Ni	Fi%
0 (Ausência de dor)	2	16,7
<5 (Dor ligeira)	3	25
Igual a 5 (Dor moderada)	4	33,3
>5 (Dor intensa)	3	24,9

Tabela 6 – Distribuição das participantes, segundo a intensidade de dor (Escala Numérica da Dor), por região anatómica (n=12)

Dor Cervical	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	1	8,3
Igual a 5 (Dor moderada)	4	33,3
>5 (Dor intensa)	1	8,3

Dor Ombros	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-
Igual a 5 (Dor moderada)	1	8,3
>5 (Dor intensa)	2	16,6

Dor Cotovelos	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-
Igual a 5 (Dor moderada)	0	-
>5 (Dor intensa)	1	8,3

Dor Pulsos	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-
Igual a 5 (Dor moderada)	1	8,3
>5 (Dor intensa)	2	16,6

Dor Lombar	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	2	16,6
Igual a 5 (Dor moderada)	3	25
>5 (Dor intensa)	3	25

Dor Dorsal	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	0	-

Igual a 5 (Dor moderada)	2	16,6
>5 (Dor intensa)	0	-

Dor Pernas	Ni	Fi%
<5 (Dor ligeira)	1	8,3
Igual a 5 (Dor moderada)	0	-
>5 (Dor intensa)	3	25

Quanto ao controlo da dor, 58,3% das AO referiram recorrer à terapêutica analgésica para alívio sintomático. Comparando, novamente, estudos com enfermeiros devido ao paralelismo de funções semelhantes, Serranheira, [et al.] (2012) relata que cerca de dois terços dos enfermeiros toma medicamentos regularmente (67,3%), e que dos que tomam, destacam-se as terapêuticas com calmantes e com contracetivos orais, não estando estes relacionados com a melhoria da sintomatologia de LMERT.

No que concerne à incapacidade causada pelas LMERT e o absentismo, verificamos que durante o ano anterior apenas uma participante esteve de baixa médica (8,3%).

Serranheira, [et al.] (2012) destacam o absentismo associado à sintomatologia músculo-esquelética e eventuais lesões referidas nas zonas lombar (n=177), cervical(n=99), dorsal (n= 78), nos ombros (n =87) e nos punhos/mãos (n =72).

Gurgueira, Alexandre e Filho (2003) verificaram que, das participantes no seu estudo, 29,5% faltaram ao trabalho durante um ano devido a sintomas músculo-esqueléticos.

Segundo Assunção e Brito (2011), num estudo efetuado sobre absentismo por doença, a maior parte dos atestados de incapacidade temporária vão até três dias, no entanto, “as licenças por doenças do sistema osteoarticular (61%) tem duração superior a três dias, estando nestas incluídas as lombalgias, frequentemente relacionadas com atividades que exigem esforço físico.”

No presente estudo, verificamos que a participante que referiu ter estado de baixa médica, uma vez no ano, encontrou-se com incapacidade para o trabalho, mais de uma semana, é funcionária da Instituição há mais de seis meses, mas menos de um ano. Anteriormente a desempenhar funções de AO, não referia queixas álgicas, sendo que atualmente identifica dor moderada na região lombar, com sensação maior de desconforto, cansaço e dificuldade em executar os movimentos com os membros superiores e inferiores.

Tabela 7 – Distribuição das participantes conforme outros dados clínicos (n=12)

Recurso a medicação analgésica	Ni	Fi%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Outras queixas	Ni	Fi%
Sensação de desconforto/cansaço/peso	9	75
Sensação de parestesias	5	41,7
Edemas	5	41,7
Aumento da dificuldade em realizar movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas, pés	7	58,3
Melhoria dos sintomas em folga/férias	Ni	Fi%
Sim	6	50
Não	6	50
Duração dos sintomas superior a 30 dias	Ni	Fi%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Uso de dispositivos	Ni	Fi%
Sim	3	25
Não	9	75
Faltas/ Incapacidade para o Trabalho no último ano	Ni	Fi%
Sim	1	8,3
Não	11	91,7

2. PRÁTICAS ERGONÓMICAS ADOTADAS PELAS ASSISTENTES OPERACIONAIS

Os momentos de observação em contexto real de trabalho permitiram desenvolver um diagnóstico, ao captar, através da observação e da fotografia, os comportamentos de risco e as práticas ergonómicas das AO no desempenho das suas funções. Estes aspetos observados e registados fotograficamente, foram os vetores do instrumento de avaliação das aprendizagens, a grelha de análise das práticas ergonómicas, que contempla as práticas relacionadas com a gestão do ambiente, para os cuidados a prestar, e as relacionadas com a mobilização dos utentes.

Esta análise decorre do que se encontra preconizado pela EU_OSHA (2008) no seu artigo “Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde” e pela OE (2013) “Guia Orientador De Boas Práticas. Cuidados à Pessoa Com Alterações Da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências E Treino De Deambulação”, onde são descritas recomendações e exemplos, que pretendem ajudar a reduzir o número e a gravidade de LME resultantes de atividades de mobilização de utentes com elevado grau de dependência.

2.1.DE GESTÃO DO AMBIENTE

Tal como já fora explicado, descrevemos seis práticas de gestão do ambiente essenciais às boas práticas das AO, que decorrente da observação inicial realizada, foram detetados como aspetos a destacar na etapa da formação.

- **Usa calçado e roupa adequada à função**

O uso de calçado e roupa inadequado à função, foram aspetos identificados como comportamento de risco inerente à função desempenhada pelas AO (Fig.1). A IPSS fornece batas de proteção, não fornece farda completa, ficando a escolha da roupa ao critério de cada AO, bem como o calçado. A roupa confortável, com elasticidade, é um elemento fulcral para obtermos a liberdade de movimentos e permitir que estes sejam mais ergonómicos nos posicionamentos e transferências dos utentes. O uso de calçado fechado, de preferência antiderrapante para prevenção de quedas é essencial atendendo a que encontramos locais de difícil acesso, pisos escorregadios, bem como meio de segurança contra agentes químicos e outro tipo de lesões cutâneas.

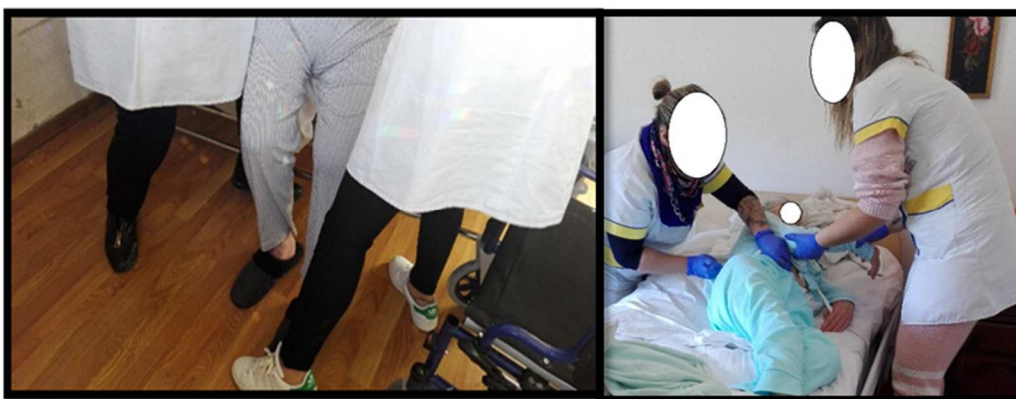


Figura 1 – Roupas e calçado

- **Trava a cama**
- **Trava o cadeirão/cadeira de rodas**

Apesar de as camas, cadeirões e cadeiras de rodas, observados nos domicílios visitados, possuírem sistema de travagem (Fig. 2), apenas uma AO o utilizou. Foram encontradas duas camas que não travavam (Fig.3).

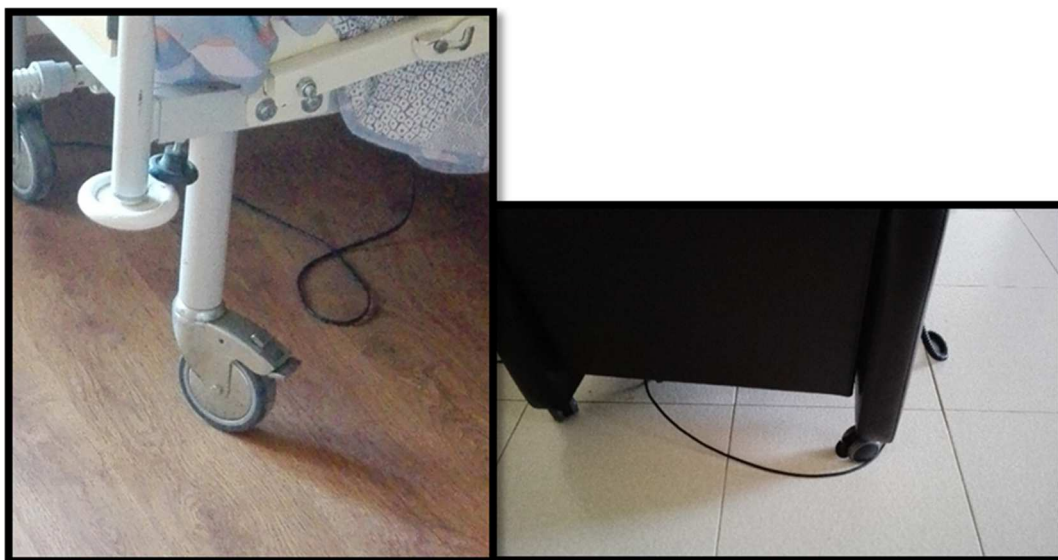


Figura 2 – Sistema de travagem



Figura 3 - Cama sem sistema de travagem

- **Eleva a cama ao nível da sua cintura**

Apenas uma das camas observada nos domicílios era elevatória em altura (Fig. 4).

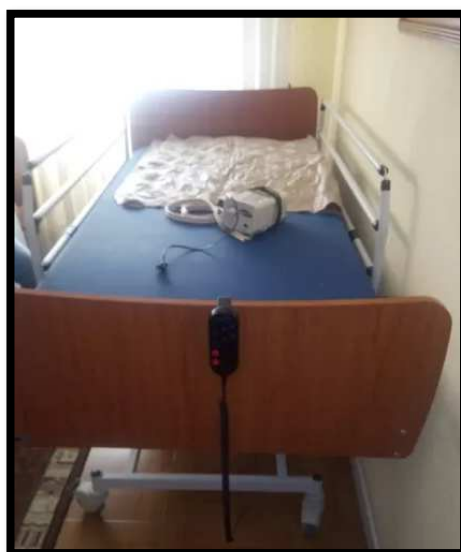


Figura 4 – Sistema elevatório em altura

- **Gere o espaço para adequar a disposição da cama**

A gestão do espaço é um aspeto muito relevante, uma vez que, encontramos domicílios onde no quarto existe uma cama de casal para um utente, com móveis em redor, que apenas dificultam o desempenho das tarefas das AO.

Tal como podemos analisar nas fotografias seguintes, a cama de casal e móveis ocupam o espaço disponível para executar a transferência da utente da cama para a cadeira de rodas em segurança (Fig. 5).



Figura 5- Espaço físico nos domicílios

- **Realiza os posicionamentos /transferências do utente em coordenação com o par**

As operações de posicionamento e transferência de utentes com mobilidade reduzida devem ser executadas por vários prestadores de cuidados (no mínimo dois) (EU-

OSHA,2008). Assistimos, em vários casos, à descoordenação do par no momento de posicionamentos dos utentes, tornando a tarefa mais difícil para o elemento que está a aplicar mais força e uma postura inadequada, bem como mais desconfortável para o utente (Fig. 6).



Figura 6- Coordenação do par

2.2. DE MOBILIZAÇÃO DOS UTENTES

Analisaremos agora, as fotografias recolhidas, que evidenciam as inadequações nas posturas das AO, aquando dos posicionamentos e transferências dos utentes. Os dez itens destinam-se, tal como anteriormente, à avaliação das práticas ergonómicas na fase final do estudo.

- Colocar-se o mais próximo da cama e manter o utente mais próximo de si - a AO deve posicionar-se o mais perto possível do utente, podendo inclusive colocar o joelho na cama deste, o que permite obter uma postura mais adequada, pois não será necessário inclinar-se ou estender-se sobre a cama durante a tarefa, nem fazer os esforços físicos necessários enquanto as costas estiverem fletidas (EU-OSHA, 2008).
- Evitar alcances excessivos - os alcances excessivos devem-se à má disposição do mobiliário no quarto - tal como observamos, várias foram as AO que apresentam dificuldade em posicionar-se junto à cama do utente e manter o utente aproximado do seu corpo, o que leva necessariamente a alcances excessivos (Fig.7).



Figura 7- Distância entre a AO e a cama e o utente

- Afastar ligeiramente as pernas e colocar um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada – a AO deve posicionar-se junto à cama do utente e assegurar uma postura em que mantenha as pernas ligeiramente afastadas e um pé colocado ligeiramente à frente, o que promove uma base de apoio mais ampla. (EU-OSHA, 2008) - observamos várias AO que não mantêm uma base de sustentação alargada, tornando-se um comportamento de risco durante as posturas adotadas nos cuidados prestados (Fig. 8);



Figura 8 – Base de apoio da AO

- Mantém a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curva natural, evita movimentos de rotação e flexão - a coluna vertebral deve ser mantida numa posição de acordo com a sua curva natural, evitando movimentos de flexão e rotação, “tendo o cuidado de evitar sobrecargas ao alongar ou flectir” (EU-OSHA,2008, p. 6,).

Verificamos que ao longo das sessões de observação, várias AO não adotam posturas que favoreçam o correto alinhamento da coluna vertebral, executando movimentos que provocam a flexão e rotação da mesma, tal como visualizamos na figura 9.

Serranheira, [et al.] (2009) referem, que as LMERT nos profissionais de saúde estão relacionadas com o movimento de flexão da coluna lombo-sagrada durante a prestação de cuidados, e que a prevenção passa pela implementação de sistemas de transferência de utentes, que se manifesta na redução de queixas e de absentismo laboral.



Figura 9 – Flexão e rotação da coluna da AO

- Movimenta os membros inferiores e desloca o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar (Fig. 10);
- Utilizar os músculos dos membros inferiores aquando do levantar do utente (Fig. 10) – Aquando dos movimentos de mobilização dos utentes na cama e/ou transferência da cama para cadeirão, verificámos que as AO não realizam estes movimentos com os membros inferiores e não deslocam o seu peso no sentido do movimento a realizar, tal como visualizamos na figura 10.



Figura 10 – Movimento dos membros inferiores no sentido do movimento a realizar

- Segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica e supra cavado poplíteo – na figura 11, é possível visualizar a forma como as AO seguram o utente, o que leva a posturas inadequadas por parte das AO durante a transferência da cama para o cadeirão, nomeadamente, flexão e rotação da coluna vertebral;



Figura 11 – Segurar o utente pelas regiões anatómicas (zona escapular, pélvica e supra cavado poplíteo);

- Usa resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascendente e descendente na cama – na figura 12 observamos a forma como as AO mobilizam o utente na cama, seguram o mesmo através da roupa do pijama, não fazendo uso do resguardo de pano;



Figura 12 - Usar resguardo para movimentar o utente na cama

3. RESULTADOS DA GRELHA DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS ERGONÓMICAS

As condições e características do trabalho domiciliar que podem desencadear LMERT nas AO, encontram-se relacionadas com diversos fatores de risco, os físicos e biomecânicos, os fatores de risco psicossociais, os organizacionais e os fatores de risco individuais.

A problemática central do estudo são os riscos biomecânicos (posturas) adotadas pelas participantes durante o posicionamento e transferências de utentes e os riscos individuais dada a falta de formação para a função que desempenham.

Embora as AO tenham dado respostas afirmativas para o facto de possuírem formação para a função que desempenham, após uma reflexão face às etapas metodológicas delineadas, parece-nos que as participantes possuem formação deficitária para a função que desempenham, provavelmente por escassez de reciclagem de formação ou por carência de aplicabilidade prática. Apresentam também reduzidos conhecimentos face aos riscos a que estão expostas diariamente no contexto em que trabalham.

Para concretizar este estudo, foi necessário retornar à observação em contexto real de trabalho das AO, na prestação direta dos cuidados aos utentes que usufruem do SAD. Desta vez, a observação por parte do investigador foi participada, dando continuidade ao processo de formação que se havia iniciado em sala. Neste momento, o investigador partiu com a AO para a prática, estando disponível para observar, analisar, corrigir as inadequações posturais que ainda surgem e refletir sobre as mesmas após o término dos cuidados prestados. Esta etapa, decorreu da mesma forma que a inicial, sendo observada cada AO, enquanto desempenhava as funções com o par. Foram necessários vários dias para conseguir observar todas as AO, uma vez que, nem todas apresentam o mesmo ritmo de aprendizagem e sentem dificuldades diferentes, dado que executam as funções em domicílios diferentes, rotativamente, ou seja, não encontram todos os dias as mesmas dificuldades, também foi um motivo de maior demora no término desta fase. Assim, após o investigador perceber que estariam aptas a ser avaliadas, mediante a observação e preenchimento da grelha de análise das práticas ergonómicas, esta passou a ser preenchida no momento em que se avaliava cada AO.

Posteriormente, passamos à sua exposição com recurso aos dados recolhidos através do preenchimento da grelha, que apresentamos de seguida, com as distribuições percentuais de cada item (Tabela 8).

No estudo desenvolvido por Nobre e Araújo(2018), as participantes, auxiliares de ação médica, desempenhavam funções numa Unidade de Cuidados Continuados, que se trata de um contexto de trabalho com um ambiente controlado e com recursos materiais disponíveis, sendo diferente do contexto dos domicílios. Tendo tido por base a Checklist criada pela autora, pudemos comparar alguns itens relativos aos comportamento e posturas ergonómicas observadas no seu estudo, bem como no nosso.

De uma forma geral, quanto aos aspetos ergonómicos e posturais podemos dizer que os seguintes - “Trava a cama”, “trava o cadeirão/cadeira de rodas”, “realiza os posicionamentos/transferências do utente em coordenação com o par”, “afasta ligeiramente as pernas e coloca um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada”, “segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica, supra cavado poplíteo”, “usa o resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascende e descendente na cama” e “movimenta, sempre que possível, o utente por rolamento” - foram executados por 100% da população em todas as observações realizadas.

Nobre e Araújo (2018), relativamente ao aspeto “afasta as pernas ligeiramente (aumenta a base de sustentação)”, concluíram que foi o único item executado por 100% da amostra. O uso de equipamentos de apoio, como o resguardo, a autora verificou que as participantes tiveram dificuldade em utilizar os disponíveis no local de trabalho, verificando-se a sua utilização (lençóis/resguardos) por três participantes na mobilização do utente no sentido da largura da cama e uma participante na mobilização do utente no sentido ascendente ou descendente da cama.

- O uso de calçado e roupa adequado à função, foi algo em que se verificou uma mudança em 33,3% das participantes, sendo que as restantes mantiveram o uso de calçado pouco confortável à função e aberto, havendo riscos biológicos inerentes. Quanto à roupa, das 66,6% que continuaram a usar roupa pouco confortável para a função verificamos que não fletem nem estendem os músculos dos membros inferiores aquando da transferência do utente, isto porque os movimentos são limitados pela pouca maleabilidade dos tecidos.

- A elevação das camas em altura, existindo apenas uma cuja esta função era possível, verificamos que as seis AO que tiveram oportunidade de desempenhar funções neste domicílio, realizaram-no. As restantes seis AO, apesar de o terem feito na formação em sala, não foi possível observar esta prática em contexto prático, dado que nem todas passam pelos mesmos domicílios. No estudo de Nobre e Araújo (2018), ainda que

realizado num contexto em que todas as camas possuem o sistema elevatório, 66,7% das auxiliares de ação médica, realizaram o ajuste da altura da cama à articulação da coxofemoral e mantiveram a coluna em posição ereta face à sua curvatura normal, sendo que as restantes 33,3% as executam inadequadamente.

- A gestão do espaço no quarto do utente, é também uma tarefa que 66,6% conseguiu realizar e entendeu ser uma necessidade face a espaços pequenos cuja disposição dos móveis, não permite um fácil manuseio. Outra parte, 16,6% não demonstrou relevância em modificar o espaço, o que se traduziu em dificuldades em evitar alcances excessivos e manter uma posição neutra da coluna. As restantes 16,6% das AO não tiveram possibilidade de gerir o espaço pelo facto de este ser inapropriado e pelas famílias mostrarem-se renitentes à alteração do mesmo no momento em que prestam cuidados.

- Colocar-se o mais próximo da cama e manter o utente mais próximo de si, 83,3% conseguiu executar este item com sucesso, o que também se traduziu em menores alcances excessivos.

- Movimentar os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar; deslocar o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar e utilizar os músculos dos membros inferiores aquando da transferência do utente, 41,6% conseguiu realizar este item aquando da prestação de cuidados de higiene e mobilização dos utentes na cama, sendo que 58,3% não o realizaram, pelo facto já referido anteriormente, o uso de calçado e roupa inadequado não permite liberdade dos movimentos. Segundo Nobre e Araújo (2018), nas mobilizações dos utentes, 50% das participantes utilizou os músculos das pernas e das ancas adequadamente e deslocou o peso corporal de acordo com o movimento que estava a executar, e 50% não o executou durante toda a mobilização ou não apresentou flexão suficiente. Estes dados resultam da maior facilidade que apresentam no contexto do estudo, pela gestão do espaço mais eficaz, bem como a utilização de fardas e calçado adequado à função.

- Manter a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curvatura natural, evitando a rotação e a flexão, apenas 33,3% conseguiram evitar o movimento inadequado, sendo que mesma percentagem conseguiu evitar alcances excessivos. As restantes 66,6% não mostraram esta correção face a esta inadequação da postura, quando avaliadas.

Segundo Serranheira, [et al.] (2009), a existência de posturas extremas (ex.: flexão pronunciada do tronco, torção ou rotação da coluna vertebral, alcances extremos com os membros superiores) com elevada (excessiva) compressão discal, particularmente no

segmento lombo-sagrado que podem originar LMERT, derivam da postura da coluna vertebral em que se efetua o posicionamento e transferência dos utentes, o peso destes, a distância e a duração desse posicionamento e/ou transferência, juntamente com as componentes espaciais, as exigências organizacionais colocadas aos profissionais, como o número de utentes a cuidar, e a existência ou a falta de equipamentos de apoio à movimentação/transferência destes.

Assim, os métodos de análise ergonómica e postural evidenciaram que os aspetos menos conseguidos pelas AO, foram a utilização dos músculos das pernas e das ancas, deslocar o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar e manter a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curvatura natural, evitando a rotação e a flexão. Estes comportamentos de risco relacionam-se sobretudo devido a aspetos ergonómicos que também não foram considerados pela maioria das AO, como sendo a adequação do vestuário e calçado, possivelmente devido a questões pessoais como a incapacidade de adquirir roupas e calçado diferente. Concorreram também para estas inadequações, o facto de não haver camas elevatórias nos domicílios, excetuando um; a gestão do espaço dos quartos dos utentes que apresentam condições deficitárias, sendo muitas vezes aspetos de difícil gestão com as famílias, que elas próprias não permitem a modificação da disposição de algum mobiliário.

Tendo em conta as posturas ergonómicas com maior dificuldade de aplicação, nomeadamente a utilização dos músculos das pernas e das ancas, o que provoca uma postura de flexão anterior do tronco que contribui para o processo de produção de forças sobre os discos intervertebrais, causando lombalgias (Portugal, 2007).

Segundo Moreira e Mendes (2005), evidencia-se o esforço físico inerente ao trabalho em saúde (trabalho músculo-esquelético relacionado com a sobrecarga postural) resultante da realização de atividades como a mobilização de objetos e instrumentos pesados, transporte e movimentação de utentes, higiene dos utentes obesos e incapacitados, além dos deslocamentos excessivos a cada jornada de trabalho. Associamos assim estas atividades às desempenhadas pelas AO, dada a semelhança das mesmas.

Torna-se ainda importante referir que, segundo as participantes do nosso estudo, a região lombar, cervical, ombros, punhos e pernas foram as regiões corporais em estudo refere dor atual, e que as suas tarefas enquanto AO não se prendem apenas com a prestação de cuidados diretos aos utentes, mas também com a limpeza dos domicílios, transporte de roupas e lixos, administração de refeições, bem como funções rotativas que

podem desempenhar no seio da Instituição, designadamente tarefas relacionadas com a confeção das refeições.

Constatamos que a Instituição não dispõe de equipamentos auxiliares às mobilizações para que as AO possam utilizar, trabalhando estas com os recursos que estão disponíveis em cada domicílio. O resguardo de pano, feito a partir de um lençol dobrado, é o único meio auxiliar existente. Nas sessões de observação em contexto real, verificou-se que este material já se encontrava na cama dos utentes, mas em muitos casos registados fotograficamente, não era utilizado para esta função. Nestes casos, as AO, não faziam uso do resguardo para mobilizar o utente na cama, puxando - o pelos braços e pernas. Após a formação em sala e durante a formação em contexto real, foi um dos aspetos mais notáveis de mudança, dado que 100% das participantes passaram a usar o resguardo, aproximando-se mais do utente, para o mobilizar na cama.

Segundo Alexandre (2007), os programas ergonómicos que utilizam materiais auxiliares na manipulação de utentes têm comprovado redução significativa nos problemas de coluna vertebral em trabalhadores da área da saúde. Posto isto, reveste-se de importância que as Instituições possam investir na aquisição de equipamentos auxiliares, pois tendem a reduzir as ocorrências de absentismo (que ocasiona a diminuição do quadro de funcionários e, por conseguinte, a sobrecarga dos demais). Tais investimentos agregam eficiência à Instituição, qualidade de trabalho aos funcionários e segurança aos utentes (Morandi [et al.], 2015).

Tabela 8 - Grelha de Análise das Práticas Ergonómicas

	Grelha de Análise das Práticas Ergonómicas	SIM	NÃO	NA
Gestão do Ambiente	1. Usa calçado e roupa adequada à função	33,3%	66,6%	-
	2.Trava a cama	100%	-	-
	3.Trava o cadeirão/cadeira de rosas	100%	-	-
	4.Eleva a cama ao nível da sua cintura (se aplicável)	50%		50%
	5.Gere o espaço para adequar a disposição da cama (se aplicável)	66,6%	16,6%	16,6%
	6.Realiza os posicionamentos/transferências do utente em coordenação com o par	100%	-	-
Mobilização dos utentes	7.Coloca-se o mais próximo da cama e mantém o utente mais próximo de si	83,3%	16,6%	-
	8.Afasta ligeiramente as pernas e coloca um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada	100%	-	-
	9.Movimenta os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar	41,6%	58,3%	-
	10.Mantém a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curva natural, evita movimentos de rotação e flexão	33,3%	66,6%	-
	11.Segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica, supra cavado poplíteo	100%	-	-
	12.Usa resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascendente e descendente na cama	100%	-	-
	13.Movimenta, sempre que possível, o utente por rolamento	100%	-	-
	14.Desloca o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar	41,6%	58,3%	-
	15.Utiliza os músculos dos membros inferiores aquando do levante do utente	41,6%	58,3%	-
	16. Evita alcances excessivos	33,3%	66,6%	-

4. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO

A avaliação final da formação realizada ao longo da aplicação deste estudo, concretizou-se com o preenchimento do Questionário de Avaliação da Formação (Apêndice IX)

Através da análise dos dados do questionário pode dizer-se que, na sua globalidade (100%), as AO consideraram a temática da formação como muito importante, sendo que 75% participantes consideraram os conteúdos das sessões de formação com máxima aplicabilidade prática. A nível pessoal, consideraram o tema com 66,7% de utilidade nas suas vidas pessoais.

Considerando que as AO desempenham as suas funções em par, questionamos se os conteúdos práticos abordados facilitavam o desempenho do par, sendo que 66,7% da população respondeu que seriam muito úteis ao trabalho do par, prestação dos cuidados.

Foi importante perceber em que situações as AO aplicavam os conhecimentos adquiridos. Sendo este um item de escolha múltipla obtivemos várias respostas possíveis (gráfico 3) – em que 100% das participantes aplicam no trabalho a pares; 66,7% aplicam também no trabalho individual; 75% referiu aplicar aquando da presença do investigador durante as sessões de formação nos domicílios; 33,3% referem também aplicar os conhecimentos no seu trabalho doméstico ou mesmo em funções similares que exerçam fora da IPSS.

Gráfico 3- Distribuição das participantes quanto às situações de trabalho em que aplicam os conhecimentos adquiridos após as sessões de formação (n=12)

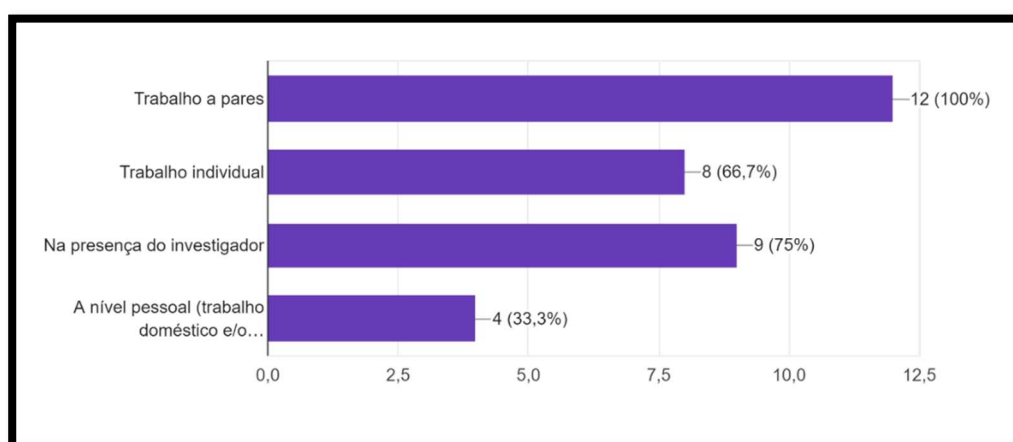


Tabela 9 - Distribuição das participantes conforme a aplicação prática dos conteúdos no contexto de trabalho (n=12)

	Ni	Fi%
Máxima aplicação prática	9	75%
Bastante aplicação prática	3	25%
Alguma aplicação prática	-	-
Pouca aplicação prática	-	-
Nenhuma aplicação prática	-	-

Tabela 10 - Distribuição das participantes conforme o impacto do tema formativo na sua vida pessoal (n=12)

	Ni	Fi%
Muito útil	3	25%
Útil	8	66,7%
Pouco útil	1	8,3%
Nada útil	-	-

Tabela 11 - Distribuição das participantes segundo a utilidade dos conteúdos práticos no desempenho do trabalho em equipa (n=12)

	Ni	Fi%
Muito útil	8	66,7%
Útil	4	33,3%
Pouco Útil	-	-
Nada útil	-	-

Analisando agora, as respostas das AO, face à questão “Que aspetos posturais considera mais difíceis de aplicar durante a realização de posicionamento e transferência de utentes?”, podemos perceber que 75% da população refere este aspeto como sendo uma dificuldade, dado que, como já foi referido anteriormente, apenas existia um domicílio que possui uma cama elevatória.

Relativamente à manutenção da postura com a coluna alinhada e evitar alcances excessivos, as AO também percecionam esta dificuldade, tal como o verificado pela Grelha, em que nos itens “manter a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curvatura natural, evitando a rotação e a flexão”, 66,6% da população não mostrou esta correção face a esta inadequação da postura, quando avaliada.

O mesmo acontece com o deslocar o peso do corpo de acordo com o movimento a realizar, em que 83,3% das participantes referem ter esta dificuldade. Estas respostas vão de encontro ao observado e registado na grelha, em que o item “movimentar os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar”, “deslocar o peso

do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar” e “utilizar os músculos dos membros inferiores aquando da transferência do utente” , 58,3% não demonstraram executar os movimentos corretamente.

Da mesma forma, as AO identificaram como aspetos de mais fácil execução o “afastar as pernas ligeiramente”, “colocar um pé ligeiramente à frente do outro”, “segurar firmemente o utente” e “utilizar equipamentos auxiliares”, tal como o avaliado nas sessões de formação e avaliação realizadas em contexto real e registado na grelha, estes foram alguns dos aspetos que foram executados por 100% da população em todas as mobilizações avaliadas.

A população em estudo refere que os conhecimentos adquiridos nesta formação podem levar à diminuição da intensidade da sua dor no final do dia de trabalho, sendo que 54,5% considera os conteúdos “muito úteis” e 45,5% classifica os conhecimentos como “úteis”.

Tabela 12 - Distribuição das participantes conforme a dificuldade em aplicar os aspetos posturais nos posicionamentos e transferências dos utentes (n=12)

	Ni	Fi%
Ajustar a cama, se possível, em altura ao nível da anca	9	75%
Ter uma postura com a coluna alinhada	8	66,7%
Evitar alcances excessivos	7	58,3%
Afastar as pernas ligeiramente	0	-
Colocar um pé ligeiramente à frente do outro	2	16,7%
Utilizar músculos dos membros inferiores (flexão e extensão dos joelhos)	6	50%
Deslocar o peso de acordo com o movimento que está a executar	10	83,3%
Segurar firmemente o utente (omoplatas, cintura e região posterior do joelho)	0	-
Utilizar equipamentos auxiliares	5	41,7%

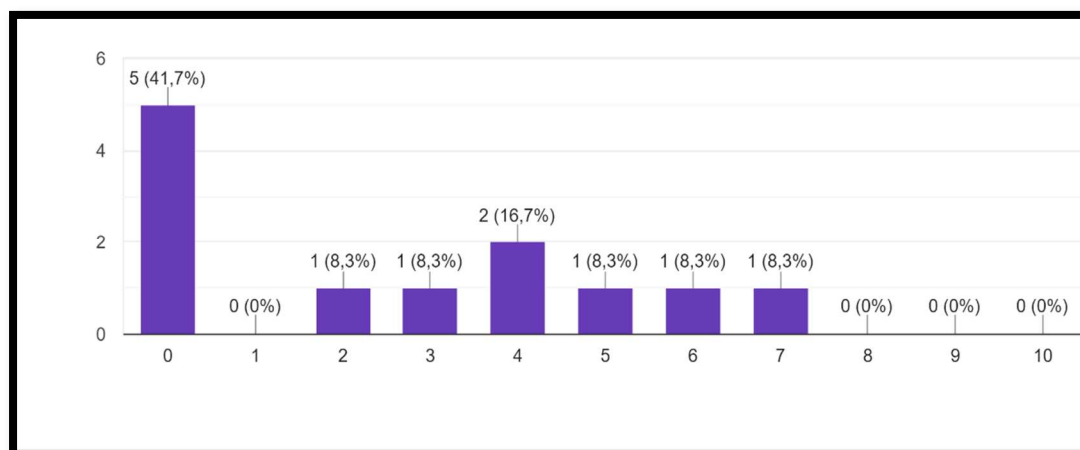
Relativamente à questão que se refere à continuidade dos sintomas sentidos, obtivemos os resultados expressos na tabela 13. As oito participantes que referiram manter queixas, 57,1% referem “sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso” e 28,6% referem “sensação de formigueiro”, 14,3% referem dificuldade em realizar os movimentos e 14,3% referem manter edemas, ao nível dos membros superiores (braços, punhos e mãos) e membros inferiores (pernas).

A intensidade de dor sentida nos últimos sete dias, foi classificada como nula (41,7%), ligeira (33,3%) e moderada por 24,9% das participantes (Gráfico 4). Para alívio sintomático, 25% da população recorreu à medicação analgésica. Apenas uma AO (10%) refere encontrar-se a utilizar punhos elásticos para diminuição da dor. A queixa mantém-se sobretudo em AO que tinham anteriormente identificado processos dolorosos no questionário de caracterização clínica, o que pode evidenciar alguma lesão já instituída.

Tabela 13 – Distribuição das participantes quanto à continuidade da presença dos sintomas (n=8)

	Ni	Fi%
Sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso	4	57,1%
Sensação de formigueiro	2	28,6%
Dificuldade em fazer movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas e pés	1	14,3%
Edema	1	14,3%

Gráfico 4 – Distribuição das participantes quanto à intensidade da dor sentida nos últimos sete dias (n=12)



Os dados do questionário de avaliação da formação, revelaram que as AO tiveram uma correta perceção das aprendizagens desenvolvidas e conhecimentos adquiridos ao longo do processo de formação, quer em sala quer em contexto real.

A comparação dos resultados obtidos deste questionário de avaliação com os itens avaliados através da grelha de análise das práticas ergonómicas, evidenciam que a maioria

das respostas das AO a este questionário vão de encontro ao avaliado nas sessões de formação.

CONCLUSÕES

Na atualidade os ritmos de trabalho acelerado, os turnos prolongados, os movimentos repetitivos e/ou com esforço, as posturas incorretas e estáticas, a exposição a condições de trabalho adversas e tempo de recuperação insuficientes, em combinação, com fatores de risco psicossociais e organizacionais do trabalho, como elevada precariedade e falta de controlo sobre o mesmo, originam distúrbios fisiológicos e psicológicos, que provocam sérios danos à saúde e com particular incidência nas LMERT (EU-OSHA, 2016).

Optou-se pela escolha deste tema, pois estas queixas são uma constante por parte das assistentes operacionais no desempenho das suas funções. Torna-se de elevada relevância o estudo dos fatores de risco que levam às mesmas, numa perspetiva de prevenção e promoção de saúde, e a diminuição ou desaparecimento dos sintomas já instalados, uma vez que a Enfermagem de Reabilitação pode atuar nos três níveis de prevenção.

O presente estudo foi elaborado com o intuito de analisar as posturas adotadas pelas AO aquando das mobilizações dos utentes e promover mudanças a esse nível, procedendo dessa forma à prevenção das LMERT e à promoção da saúde das assistentes operacionais do serviço de apoio domiciliário de uma IPSS.

O EEER tem, entre outras, competências no domínio da melhoria da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Onde as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais correspondem à responsabilização por ser o elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da Enfermagem de Reabilitação, além de formular e implementar políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019a).

A capacitação dos trabalhadores através de informação e formação sobre as LMERT, sobre os fatores de risco, a sua etiologia e os mecanismos de gestão e intervenção preventiva, é indispensável. Neste sentido, considera-se que uma das ferramentas de prevenção das LMERT passa pela intervenção centrada na pessoa/trabalhador, particularmente ao nível da formação e informação, onde o EEER pode desempenhar um papel importante. Esta estratégia deve ser operacionalizada em sessões de sensibilização para os riscos de LMERT direcionada a todos os intervenientes no local de trabalho, tendo em conta que o desafio consiste em preservar a sua empregabilidade, manter os trabalhadores em atividade (EU-OSHA, 2007).

A população foi constituída por 12 Assistentes Operacionais, 100% do género feminino, cuja média de idades era de 41 anos. No que respeita ao estado civil, 33,3% é casada e as restantes são solteiras (25%), vive em união de facto (16,7%), divorciadas (16,7%) e viúvas (8,3%). Da população em estudo, 58,3% presta funções há mais de dois anos.

Relativamente às queixas álgicas, 75% da população refere ter dor atual, estando esta associada às funções que desempenham, uma vez que apenas 25% refere ter dor previamente à função que desempenha de AO.

Verificou-se também que as participantes adotam comportamentos de risco aquando da mobilização de utentes, o que contrasta com os 66,7% de respostas afirmativas para o fato de possuírem formação nesta área. Segundo a Direção Técnica, a última sessão formativa foi há cerca de seis anos. Sendo que 41,7% das participantes desempenha funções entre seis meses e um ano, justifica o facto de não mostrarem conhecimentos sobre a prevenção de LMERT, dado que nunca tiveram formação sobre a temática, nesta Instituição, não invalidando que pudessem ter tido formação noutros contextos de trabalho ou formação profissional.

Assim, foi possível perceber que as condições e características do trabalho atual que podem desencadear LMERT, nas profissionais desta IPSS, estão relacionadas com fatores de naturezas distintas, nomeadamente: características do ambiente físico, bem como os constrangimentos de natureza biomecânica, organizacional e psicossocial e individual. Dos referidos destacam-se os fatores de natureza biomecânica, associados à natureza individual relativos à falta de formação para a função que desempenham. Os constrangimentos de ordem organizacional, especificamente os que implicam a aceleração do ritmo de trabalho, bem como a falta de material, nomeadamente dos meios auxiliares para posicionamento e transferência de utentes, disponibilizados pela IPSS. Todos estes, são os que apresentam maior impacto na saúde dos profissionais de forma a promover o desenvolvimento ou agravamento de LMERT.

As repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde das trabalhadoras, que podem desencadear LMERT, foram as lombalgias (88,9%), cervicalgias (66,7%), ombros (33,3%), e pernas com 44,4% das queixas. Estas queixas podem resultar no comprometimento da saúde e assim da qualidade de vida das profissionais.

As estratégias para o alívio da dor, que as participantes mencionaram, foi o recurso a medicação analgésica (58,3%). De forma a minimizar o desconforto e prevenir

complicações, referiram também o uso de dispositivos de prevenção para o aparecimento de LMERT, para os quais 25% afirma usar como meio de prevenção as cintas lombares e pulsos elásticos. Porém, podem ser consideradas estratégias ineficazes na medida em que são utilizadas na presença do desconforto e não alteram a origem dos problemas, o que permite manter a incidência das LMERT, tal como foi observado nas sessões de observação e pelo registo fotográfico.

Estabelecemos um percurso no qual o objetivo primordial era abranger uma realidade dos cuidados pouco estudada neste âmbito. O estudo permitiu-nos refletir sobre a importância da informação e formação sobre os riscos, e formação para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes, uma vez que a partir dos dados empíricos compreendemos o porquê das AO correrem elevados riscos no desenvolvimento de LMERT.

Deparamo-nos, no decorrer do estudo, com algumas limitações, nomeadamente, encontrar evidência dirigida exclusivamente à temática, pois os estudos encontrados dirigiam-se aos profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares de ação médica) que prestam cuidados em meios hospitalares ou semelhantes, onde a acessibilidade a recursos materiais necessários à boa prática de cuidados é facilitada em comparação aos cuidados prestados nos domicílios; assim como a inexistência de instrumento de avaliação postural validado para o nosso tipo de estudo.

De salientar, que os horários e dinâmica de trabalho, foram outros dos constrangimentos vivenciados aquando da realização da formação em grupo o que dificultava a organização entre todas as participantes, o trabalho e a sua vida pessoal.

Tendo em conta as competências dos EEER, salienta-se o seu papel fundamental em todo o processo de prevenção e promoção da saúde das AO relativos ao risco de desenvolvimento de LMERT. Desta forma, esperamos ter criado as condições necessárias para a concretização desta investigação, tendo sido possível atingir a meta almejada por todos os envolvidos: modificar posturas durante o posicionamento e transferência dos utentes, de forma a minimizar os riscos que potenciam o aparecimento e/ou agravamento de LMERT, através da formação em grupo e individual.

O EEER tem, entre outras, competências no domínio da melhoria da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Onde as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais correspondem à responsabilização por ser o elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da

Enfermagem de Reabilitação, além de formular e implementar políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019a).

Atendendo a este conjunto de informação, e uma vez que a finalidade deste trabalho era direcionada à prevenção da doença e promoção da saúde neste local de trabalho, ficou claro que estão em falta intervenções que visem a melhoria da organização das tarefas por parte das profissionais e a minimização das exigências físicas através da aquisição de equipamentos auxiliares de mobilização por parte da IPSS; a contratação sempre que possível de profissionais qualificados para a área de atuação laboral para a qual são contratados, na medida em que minimiza riscos de LMERT e absentismo, levando deste modo a maior rendimento e satisfação laboral.

No que respeita à formação, esta deve ser efetuada numa lógica participativa (Serranheira, Uva e Leite, 2012) e interdisciplinar. Portanto, trata-se de uma formação dirigida às profissionais do SAD, onde se deve incluir os superiores hierárquicos num momento de reflexão sobre as condições e características do trabalho atual, e de negociação de estratégias para a minimização do efeito dos constrangimentos organizacionais.

Concluimos este estudo tendo atingido os objetivos a que nos propusemos no início do mesmo, tendo analisado as posturas adotadas pelas AO aquando dos posicionamentos e transferências de utentes e promovido junto das mesmas, mudanças a esse nível. Estes objetivos foram concretizados, graças ao processo de informação e formação que disponibilizámos às AO sobre os riscos de LMERT no desempenho da sua atividade profissional, que contribuíram para a sua capacitação no sentido de prevenirem comportamentos de risco que desencadeiam as LMERT.

Como sugestões de atuação propomos a nível institucional o alargamento dos processos de formação, implementando ciclos de formação de prevenção de LMERT, bem como formações relacionadas com os cuidados prestados aos utentes. Isto porque foi notável que as AO que desempenham funções há menos tempo não receberam formação acerca dos cuidados a prestar aos utentes, sendo esta ministrada pelas colegas mais experientes. A aquisição de fardamento e/ou calçado adequado à função também pode ser uma estratégia para a adequação das posturas adotadas durante os cuidados prestados nos domicílios. Destacamos ainda a importância de a Instituição poder disponibilizar equipamentos auxiliares às transferências dos utentes, nomeadamente de fácil transporte e utilização entre domicílios, como os discos e/ou cintos de transferência, após formação prévia relativa à sua utilização.

Consideramos pertinente, em termos de investigação, a construção e validação de um instrumento de avaliação postural direcionado à atividade específica de profissionais de saúde e de intervenção no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Lesões Musculo-Esqueléticas de Origem Profissional – Regresso ao Trabalho.** [Em linha]. Santiago de Compostela: EU-OSHA, 2007. [Consultado 17 de Julho 2018]. Disponível em WWW: <URL <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/75/view> >

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Introdução às Lesões Musculo-Esqueléticas.** [Em linha]. Santiago de Compostela: EU-OSHA, 2007. [Consultado 17 de Julho 2018]. Disponível em WWW: <URL <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/71> >

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **E-Facts 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde.** [Em linha]. EU-OSHA, 2008. [Consultado 01 de Março 2019]. Disponível em WWW:<URL<https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/efacts/efact28/view>>

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **E-Facts101: Promoção da saúde junto dos trabalhadores jovens - uma síntese de casos de boas práticas.** [Em linha]. Santiago de Compostela: EU-OSHA, 2012. [Consultado 17 de Julho 2018]. Disponível em WWW: <URL<https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/101/view>>

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Problemas atuais e emergentes em matéria de SST no setor dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados domiciliários e de proximidade - Observatório Europeu dos Riscos – Síntese.** Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2014. ISBN:978-92-9240-498-7.

ALEXANDRE, N.M.C. - **Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem.** Rev. Esc. Enf. USP. Vol. 32, nº 1 (1998), p. 84-90. [Consultado 12 de agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/407.pdf>>

ALEXANDRE, N.M.C - **Aspectos Ergonômicos E Posturais E O Trabalhador Da Área De Saúde.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.Vol. 28, nº 2, (2007), p. 109-18. [Consultado 12 de agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3475/2828> >

ALEXANDRE, N.M.C.; ROGANTE, M.M. - **Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos.** Rev Esc Enferm USP. Vol. 34, nº 2

(2000); p. 165-75. [Consultado 12 de agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41148/44694>>

ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J. – **Trabalhar Na Saúde: Experiências Cotidianas E Desafios Para A Gestão Do Trabalho E Do Emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. ISBN 978-85-7541-217-6

BOGDAN, R.C.; BIKLEN S.K. – Fotografia e trabalho de campo. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.

CARVALHO, M. - “**Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social**”. 2012. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 92-95040-36-8

CORDEIRO, M.C.O; MENOITA, E.C.P.C. – **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios, Técnicas**. 1º ed. Lusociência. Loures. 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8.

COUTINHO, C. P. [et al.] - **Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas**. Revista Psicologia, Educação e Cultura, Volume XIII, n.º 2 (2009) p. 355-379.

DECRETO-LEI n.º 330/1993. *In Diário da República I Série*. 226 (1993/09/25) 5391-3865

DECRETO-LEI n.º 101/2006. *In Diário da República I Série*. 109 (2006/06/06) 3856-3865

ESGAIO, A.- **Os produtos do sistema político em matéria de Política Social: as Políticas Sociais e os Cuidados de Proximidade**. 2011. In H. Carmo (ed.) “Teoria da Política Social (um 135 olhar da ciência política)” (pp.157–185). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Eurofound - **Sixth European Working Conditions Survey: Overview report**, Publications Office of the European Union.[em linha]. Luxembourg: Eurofound, 2016 [Consultado 21 de outubro de 2019]. Disponível em WWW: <URLhttps://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf>

FONTE A, ALVES A, RIBEIRO H. - **Instrumento Breve para Rastreio de Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho (LMERT)**. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional. [Em linha]. 2017, volume 3, 29-38. DOI: 10.31252/RPSO.08.02.2017 [Consultado 07 de julho 2018]. Disponível em WWW: <URL<https://www.rpso.pt/instrumento-breve-para-rastreio-de-perturbacoes-musculo-esqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>>

FORTIN, M. F. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORTIN, M. F. - **O Processo de Investigação: da conceção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

GALLASCH, C.H.; ALEXANDRE, N.M.C. – **Avaliação dos riscos Ergonómicos durante a movimentação e transporte de pacientes em diferentes unidades hospitalares**. Revista de Enfermagem da UERRJ. vol 11 nº 2 (2003), p. 252-260.

GUÉRIN, F. [et al.] - **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Blücher, 2001. ISBN: 85-212-0297-0

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; FILHO, H.R.C. – **Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem**. 2003. Revista Latino-Americana Enfermagem, Vol. 11, nº 5. p.608-613. ISSN 1518-8345. [Em linha] [Consultado 15 julho 2019] <URL <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500007>>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pila - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-6584828-2

HOEMAN, S. P. – **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**, 4ª ed. Loures: Lusodidata, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.

INTERNATIONAL Ergonomics Association – **Definition And Domains Of Ergonomics**. [Em linha].[s.l.]:IEA, 2016. [Consultado 05 outubro 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.iea.cc/whats/index.html>>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Projeções de população residente 2012-2060**. 2014. [Consultado 14 julho 2018] <URL https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt>

LACOMBLEZ, M.; VASCONCELOS, R. - **Análise Ergonómica Da Actividade, Formação E Transformação Do Trabalho: Opções Para Um Desenvolvimento Durável.** Laboreal, Vol. 5, nº 1 (2009), p. 53-60.

MATOS, M. J. F. **A Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Na Comunidade.** 2017. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde – IPVC.

MORANDI, T. S. [et al.] – **Implicações Da Ausência Do Equipamento De Transferência De Pacientes Na Saúde Do Profissional De Enfermagem.** Revista Dos Encontros Internacionais De Estudos Luso-Rasileiros Em Desing E Ergonomia. nº 1 (2015). p. 116-23, [Consultado 21 outubro 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://proa.ua.pt/index.php/ergotripdesign/article/view/1363>>

MOREIRA, A.M.; MENDES, R. - **Fatores de Risco dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho de Enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ. nº 13 (2005). p. 19-26. [Consultado 15 julho 2019]. Disponível em WWW: <URL<http://www.facenf.uerj.br/v13n1/v13n1a03.pdf>>

NEVES, M; SERRANHEIRA, F. - **A Formação De Profissionais De Saúde Para A Prevenção De LMERT A Nível Da Coluna Lombar: Uma Revisão Sistemática.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 32, nº 1 (2014) p. 89–105. [Consultado 14 agosto 2019]. Disponível em WWW: <URL http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100012>

NOBRE, A.F.B; ARAÚJO, C. -**Prevenção das LMERT em Saúde: Aspetos Ergonómicos e Posturais.** 2018. International Journal On Working Conditions. ISSN 2182-4096. [Em linha]. [Consultado 21 outubro 2019]. Disponível em WWW:<URLhttp://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.16_Nobre&Araujo_p.32.50.pdf>

OLIVEIRA, L.M.A. – **Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário.** 2007. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista.** *In:* Diário da República. Série 2. Nº 26. Lisboa (2019a) p. 4744-4750. [Em linha]. [Consultado 01 outubro 2019]. Disponível em WWW:<URL<http://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento nº. 392/2019: Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação.** *In:* Diário da República. Série 2. Nº85 (2019b). Lisboa. p. 13565- 13568.

[Em linha]. [Consultado 01 outubro 2019]. Disponível em WWW:<URL<http://https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia Orientador De Boas Práticas. Cuidados À Pessoa Com Alterações Da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências E Treino De Deambulação. 2013. [Em linha]. [Consultado 01 abril 2019]. Disponível em WWW:<URLhttp://https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº. 350/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. In: Diário República. II Série. - Lisboa. - ISSN 0870-9963. - Nº. 119 (2015), p. 16655 – 16660

PASTOR- SÁNCHEZ, R. - **Grandezas Y Miserias De La Atención A Domicílio.** 2003. Semergen, 29(08), 397-398.

PEREIRA, S.C. **Lesões Músculo-Esqueléticas: Perspetivas Da Saúde Ocupacional E Da Paleopatologia.** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2011. [Consultado 14 julho 2018]. Disponível em WWW: <URL<https://core.ac.uk/download/pdf/19132778.pdf>>

PHIPPS, J. Wilma; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.** 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.

PORTUGAL. Segurança Social. Direção Geral da Ação Social – **Serviços de Apoio Domiciliário.** 1996. [Em linha]. [Consultado 15 julho 2019]. Disponível em WWW:<URLhttp://www.segsocial.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a>

PORTUGAL - Inspeção Geral do Trabalho – **Alivie a carga!: prevenção de lombalgias no sector dos Cuidados de Saúde.** Lisboa: I.G.T, [2007]. [Consultado 14 julho 2019]. Disponível em WWW: <URL[http://www.act.gov.pt/\(ptPT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Moviment%C3%A7%C3%A3o%20manual%20de%20cargas_sa%C3%BAde.pdf](http://www.act.gov.pt/(ptPT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Moviment%C3%A7%C3%A3o%20manual%20de%20cargas_sa%C3%BAde.pdf)>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho: Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008. ISBN 978-972-675-169-4. 28p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. - **Fundamentos de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 9789728930240

PREZADO M.H., MARQUES, F.M., BAIXINHO, C.L., & CARDOSO, M. - **Lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros especialistas em saúde materna- Autoperceção dos fatores de risco**. 2015. Investigação Qualitativa em Saúde. [Em linha] [Consultado 15 julho 2019]. Disponível em WWW: <URL<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/46/44>>

QUEIROZ, M., et al. - **Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho. Guia de Orientação para a Prevenção** (2008). In Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (Ed.) (pp. 1-30). Lisboa: DGS, 2008. -XXVIII p.

RANNEY, D. - **Distúrbios Osteomusculares Crónicos Relacionados ao Trabalho**. São Paulo: Roca, 2000. ISBN 85-7241-302-2

REBELO, Francisco – **Ergonomia no Dia a Dia: O Contributo da Ergonomia para a Nossa Qualidade de Vida**. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2017. ISBN 978-972-618-867-4.164p.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 2ª Edição. Lisboa: Placebo editora, 2010. ISBN:978-989-8463-01-2.

SAMPIERI, H., COLLADO, R., LUCIO, C. - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo. 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

SERRANHEIRA F., & UVA, A. - **Avaliação do risco de lesões músculo-esqueléticas: será que estamos a avaliar o que queremos avaliar?** Saúde & Trabalho. 2008. [Em linha] [Consultado 14 julho 2019]. Disponível em WWW: <URLhttps://www.researchgate.net/publication/298437408_Avaliacao_do_risco_de_lesoes_musculo-esqueleticas_Sera_que_estamos_a_avaliar_o_que_queremos_avaliar>

SERRANHEIRA, F.; [et al.]. - **Segurança Do Doente E Saúde E Segurança Dos Profissionais De Saúde: Duas Faces Da Mesma Moeda. Saúde E Trabalho**. nº 7 (2009) p. 5-30. [Consultado 04 abril 2019], Disponível em WWW: <URLhttp://www.ensp.unl.pt/ensp/corpodocente/websites_docentes/florentino_serranheira/florentino_serranheira>

SERRANHEIRA, F., [et al.] - **Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho?** Revista Portuguesa de Saúde Publica. Vol. 30, nº 2 (2012) p. 193-203.

SERRANHEIRA, F.; UVA, A.S.; LEITE, E. - **Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da Ergonomia.** Saúde e Trabalho. nº 8 (2012) p. 23-46. [Consultado 04 abril 2019], Disponível em WWW: <URL<http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/02.pdf>>

SERRANHEIRA, F.; UVA, A.S.; LOPES, F. – **Lesões músculo-esqueléticas e trabalho: alguns métodos de avaliação do risco.** Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2008. (Cadernos Avulso nº5).

SERRANHEIRA, F.; UVA, M.S.; UVA, A.S. - **Lombalgias e trabalho hospitalar em enfermeiro(a)s.** Revista Brasileira de Medicina no Trabalho. Vol. 10, nº 2 (2012) p. 80-7. [Consultado 04 abril 2019], Disponível em WWW: URL: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volume_10_n%C2%BA_2_1212201382442533424.pdf

SILVA, I.O.S.; FUJITA, M.S.L.; BIZELLO, M.L. - **O tratamento da forma e do conteúdo de fotografias em fundos de arquivos: pressupostos teórico-metodológicos.** Ibersid. (2009) p. 133-41. ISSN 1888-0967.

SILVA, L.A. [et al.] – **Enfermagem do Trabalho e Ergonomia: Prevenção de Agravos de Saúde.** Rev. Enf. UERJ. Rio de Janeiro. Vol. 19, nº 2 (2011) p. 317-23.

SILVA, J. N. S. S.- **Envelhecimento E Políticas Sociais: Um Estudo Sobre O Serviço De Apoio Domiciliário.** 2016. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação-IPVC.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. - **“Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista”,** 5ª ed. Wolters Kluwer: Lippincott Williamse Wilkins, 2013. ISBN: 978-989-8075-34-5.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)

Parecer Nº 526 / 10 -2018

Título do Projecto: Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em cuidados domiciliários. Resilizar para a promoção da saúde

Identificação das Proponentes

Nome(s): Laura Leiras Cardoso

Afiliação Institucional: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu

Investigador Responsável/Orientador: Clara de Assis Coelho de Araújo

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

No contexto da prestação de cuidados domiciliários este projeto tem como objetivo principal analisar as posturas adotadas pelos profissionais aquando dos posicionamentos e transferências de clientes. Para além disso, são objetivos inerentes à execução do projeto a promoção de mudanças ao nível de posturas adotadas durante os procedimentos de transferência de clientes; a informação, formação e a capacitação dos profissionais para aquisição de posturas durante os posicionamentos e transferências de clientes.

O projeto terá data prevista para início dos trabalhos em outubro de 2018 e término em maio de 2019. Pelos autores o estudo é definido como sendo de investigação - ação. A amostra será constituída por assistentes operacionais de serviço de apoio domiciliário de uma instituição de solidariedade social e Centro Social e Paróquia de Nossa Senhora da Encarnação.

Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se definidos assim como os instrumentos de coleta de dados. Existe garantia de confidencialidade. Os autores não identificam quaisquer riscos ou benefícios, assim como custos de participação, resultantes da investigação.

Atendendo ao formato da investigação apresentado, a proposta reúne condições para aprovação por parte desta Comissão de Ética, no entanto não dispensa a autorização por parte da instituição onde decorrerá a investigação.

O relator: Ana Abrantes

Data 22/01/18 O Presidente da Comissão de Ética: Luís Filipe Gonçalves



FCT

APÊNDICES

**APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSISTENTES
OPERACIONAIS)**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Laura Leiras Cardoso, a frequentar o V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Doutora Clara de Araújo encontro-me a efetuar uma Dissertação de Mestrado intitulada: “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”, para obtenção de grau de Mestre. Os objetivos do estudo são analisar e promover mudanças das posturas adotadas pelas Assistentes Operacionais (AO) aquando dos cuidados prestados, aos utentes, nos domicílios; informar e formar sobre os riscos de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho e capacitar as AO para a aquisição de posturas corretas durante os cuidados domiciliários.

As sessões de formação serão realizadas no Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Encarnação, num horário a definir, havendo duas sessões iniciais e uma última destinada à avaliação da formação. Serão também realizadas sessões de observação, com registo fotográfico das posturas adotadas na prestação dos cuidados. Por último, sessões junto dos pares para avaliação das aprendizagens e correção das posturas.

A informação recolhida será anónima e confidencial e apenas utilizada, exclusivamente, para o presente estudo, pelo que não se deve identificar ao longo do mesmo, salvaguardando desta forma a sua privacidade.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento não hesite em contactar-me através do e-mail: laura91cardoso@gmail.com

Desde já o meu muito obrigado pelo tempo despendido.

Laura Cardoso

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira Laura Cardoso. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome Participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

1 http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Informações Sócio- Demográficas

Código: _____

1- Idade: ____ anos

2- Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3- Peso: ____ kg

4- Altura: ____ cm

5- Estado Civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ União de Facto
☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

6- Habilitações literárias:

☐ Ensino Primário

☐ Ensino Básico (9º ano completo)

☐ Ensino Secundário (12º ano completo)

☐ Ensino Secundário (12º ano incompleto)

☐ Ensino Superior

7- Tem alguma formação relacionada com as funções que desempenha?

☐ Sim ☐ Não

8- Exerce funções de Assistente Operacional há quanto tempo?

☐ Menos de 6 meses ☐ 6 meses a 1 ano

☐ 1 a 2 anos ☐ Mais de 2 anos

9- Executa funções semelhantes fora do Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Encarnação?

☐ Sim ☐ Não

9.1 – Se sim, qual/quais?

10 – Pratica exercício físico?

☐ Sim Modalidade: _____ Nº vezes/semana _____
☐ Não

Informações Clínicas

11- Antes de exercer a sua função atual, sentia dores no final do dia de trabalho?

☐ Sim ☐ Não

11.1- Se sim, em que local do corpo?

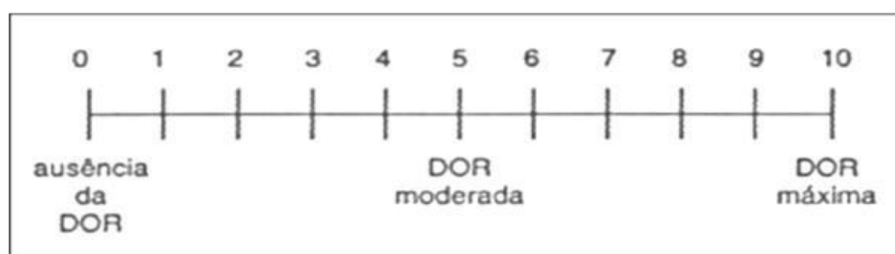
☐ Cervical ☐ Dorsal ☐ Lombar
☐ Ombros ☐ Pulsos ☐ Pernas
☐ Cotovelos ☐ Outro



12- Atualmente, sente dores, após o período de trabalho?

☐ Sim ☐ Não

12.1- Por favor, assinale com uma cruz na escala a intensidade da(s) sua(s) dor(es) nos últimos sete dias.



12.2- Se sim, em que local do corpo?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Lombar |
| <input type="checkbox"/> Ombros | <input type="checkbox"/> Pulsos | <input type="checkbox"/> Pernas |
| <input type="checkbox"/> Cotovelos | <input type="checkbox"/> Outro | |



12.3- Tem sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso em algum destes locais?

- ☐ Sim ☐ Não

12.4 – Tem sensação de formigueiro em algum destes locais?

- ☐ Sim ☐ Não

12.5- Tem inchaço em algum destes locais?

- ☐ Sim ☐ Não

12.6- Sente que tem aumentado a dificuldade em fazer movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas e pés?

- ☐ Sim ☐ Não

12.7- Os sintomas anteriores, desaparecem ou melhoraram nos dias de folga ou férias?

- ☐ Sim ☐ Não

12.8 – Os sintomas mencionados anteriormente, têm uma duração superior a 30 dias?

- ☐ Sim ☐ Não

13- Toma alguma medicação para diminuir a dor?

- ☐ Sim ☐ Não

14- Durante o dia de trabalho usa dispositivos para diminuir/prevenir lesões e/ou dor?

☐ Sim ☐ Não

13.1- Se sim, qual/quais?

☐ Pulsos elásticos ☐ Cintas lombares ☐ Outros

15- No último ano esteve de baixa médica ou faltou ao trabalho devido às dores que sente?

☐ Sim ☐ Não

14.1- Se sim, quantas vezes?

☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes

14.2- Durante quanto tempo?

☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias
☐ 1 semana ☐ Mais de 1 semana

Obrigada!

Enfermeira Laura Cardoso

Fontes:

- 1) Nobre e Araújo(2018) - A Reabilitação das Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Saúde
- 2) Fonte *et al* (2017) - Instrumento Breve para Rastreio de Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho (LMERT).

**APÊNDICE III- PLANEAMENTO DA SESSÃO DE OBSERVAÇÃO
INDIVIDUAL EM CONTEXTO REAL**

PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL EM CONTEXTO REAL

Data: 11/02/2019 a 15/02/2019

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Observação direta e não participada das posturas adotadas pelas AO nos cuidados domiciliários• Registo fotográfico das posturas adotadas na prestação dos cuidados, para posterior utilização como material formativo.• Perceção de quais os procedimentos (posicionamento/transferência de utentes) em que ocorrem posturas erradas.
Fundamentação	<p>Através da observação não participada pretende-se registar as posturas adotadas pelas AO na prestação de cuidados nos domicílios. Nesta sessão a investigadora desempenha um papel passivo, no qual apenas fotografa e regista anotações sobre as atividades das AO, não podendo intervir ou fazer qualquer tipo de correção.</p> <p>Esta observação permitirá identificar quais as atividades onde são executadas posturas incorretas, de forma a seleccionar os conteúdos a abordar na sessão de formação.</p> <p>O registo fotográfico e as anotações serão analisados na sessão formativa, como elemento formativo e reflexivo acerca da temática das LMERT.</p> <p>Esta sessão não é pontual, pois tendo em conta que as AO desempenham as funções a pares, a observação será realizada aos diferentes momentos de forma a contemplar cada par.</p>
Métodos/ Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Observação direta dos cuidados prestados, sem intervenção por parte da enfermeira;• Registo fotográfico.
Recursos	<ul style="list-style-type: none">• Máquina fotográfica• Bloco de notas
Duração	<p>A observação é realizada no horário de trabalho das AO. A duração da sessão é definida mediante o tempo despendido pelas AO na prestação dos cuidados domiciliários. Uma vez que desempenham as atividades a pares, serão necessários vários momentos de observação, por forma a avaliar cada elemento, atendendo a que os pares sofrem alterações na sua constituição mediante as necessidades do serviço.</p>
Avaliação	<p>A avaliação será realizada na última sessão, utilizando o Questionário de Avaliação da Formação</p>

APÊNDICE IV – PLANEAMENTO SESSÃO FORMATIVA

PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	
Data: 15/04/2019 E 17/04/2019	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os posicionamentos e transferências de utentes. • Informar e formar AO sobre o risco de LMERT no desempenho da sua atividade profissional; • Capacitar as AO para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes;
Fundamentação	<p>As Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) estão, na maioria das vezes, relacionadas com os procedimentos de posicionamento e transferências de utentes, que indicam que os cuidados diretos a utentes podem ser fatores de risco para contrair sintomas de lesão músculo-esquelética. Tendo em conta o trabalho prestado pelas AO, no contexto de cuidados no domicílio, reveste esta formação de interesse para garantir a prevenção de lesões músculo-esqueléticas do profissional.</p> <p>O envolvimento destas trabalhadoras no processo de prevenção das LMERT pressupõe a informação e a formação sobre os fatores de risco e sobre a influência de fatores não profissionais na origem e/ou agravamento dessas lesões.</p>
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios Básicos dos Posicionamentos e Transferências
Métodos/ Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (Apresentação PowerPoint e análise do registo fotográfico) • Prático (aplicação dos conhecimentos adquiridos em demonstrações de mobilizações na cama/marquesa e transferências da cama para cadeira/cadeirão e vice-versa).
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Mesas • Cadeiras • Cadeirão • Cama ou marquesa • Lençóis
Duração	60 minutos

Avaliação

A avaliação será realizada na última sessão, utilizando o Questionário de Avaliação da Formação

APÊNDICE V- SESSÃO FORMATIVA

1

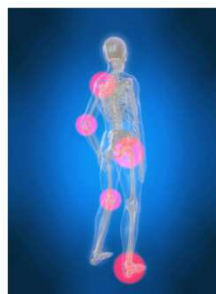
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS



REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

ERP Laura Leiras Cardoso
V Curso de Mestrado em
Estratégias de Reabilitação

2



Como surgem as LMERT?

- ❖ A adoção de posturas ou a execução de movimentos inadequados é, na maioria das vezes, a causa de LMERT
- ❖ São causadas por um conjunto de atividades ou gestos que pelas suas características/exigências vão para além da tolerância do corpo humano

3



Como prevenir as LMERT?

- ❖ Grande parte dos danos e dores a nível músculo-esquelético podem ser prevenidos, se colocarem sempre em prática os princípios básicos de mecânica corporal, adotando uma postura correta ao movimentar o doente

4

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Realizar os posicionamentos/transferências em coordenação com o par
- ❖ Usar roupa confortável
- ❖ Usar calçado adequado
- ❖ Gerir o espaço para adequar a disposição da cama, se possível



5

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Travar a cama (sempre que possível)
- ❖ Travar a cadeira de rodas/cadeirão
- ❖ Elevar a cama em altura (sempre que possível)



6

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

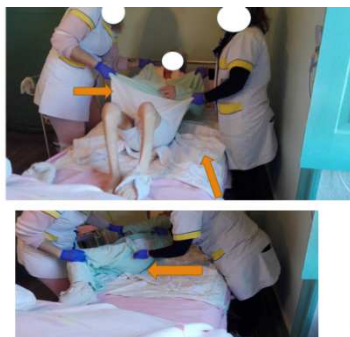
- ❖ Colocar-se o mais próximo da cama e manter o utente mais próximo de si
- ❖ Afastar ligeiramente os pés
- ❖ Movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento que está a executar
- ❖ Evitar rotação e flexão da coluna vertebral



7

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

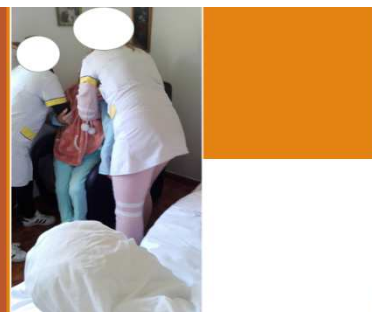
- ❖ Segurar firmemente o utente (zona escapular, pélvica, supra cavado popliteo)
- ❖ Usar resguardo para mobilizar
- ❖ Movimentar, sempre que possível, o utente por rolamento



8

Aspetos Gerais da Mobilização e Transferências

- ❖ Deslocar o peso do corpo na mesma direção do movimento que está a executar
- ❖ Utilizar os músculos das pernas e anca (fletir e estender os joelhos)
- ❖ Evitar alcances excessivos



9

	Preçoço: Inclinar a cabeça para a lado, esticar o pescoço e sentir a tensão nos músculos do pescoço e da nuca, mantendo a posição por 15 segundos.		Rotação das pontas: Com as pontas dos dedos a cabeça girar para a direita e depois para a esquerda, mantendo a posição por 15 segundos.
	Ombros: Puxar com uma das mãos a orelha para dentro e para cima, mantendo a posição por 15 segundos.		Rotação do músculo do pescoço: Inclinar a cabeça para a frente, para trás, para a esquerda e para a direita, mantendo a posição por 15 segundos.
	Punha 1: Manter um dos braços estendido para cima e para trás, puxar o cotovelo para dentro e para cima, mantendo a posição por 15 segundos.		Rotação do ombro: Com as pontas dos dedos a cabeça girar para a direita e depois para a esquerda, mantendo a posição por 15 segundos.
	Punha 2: Manter o cotovelo estendido para cima e para trás, puxar o cotovelo para dentro e para cima, mantendo a posição por 15 segundos.		Rotação das pontas dos dedos: Com uma das mãos estendida para cima e para trás, puxar o cotovelo para dentro e para cima, mantendo a posição por 15 segundos.

Alongamentos

- ❖ Este conjunto de exercícios tem por objetivo manter a mobilidade da sua coluna e reduzir a tensão psicológica e músculo-esquelética
- ❖ Aproveitar momentos livres para os realizar
- ❖ Tempo necessário 10 minutos

10



Obrigada!

**APÊNDICE VI- PANFLETO “ASPETOS GERAIS DO
POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS”**



- Colocar-se o mais próxima da cama e manter o utente mais próximo de si;
- Movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento que está a executar;
- Evitar rotação e flexão da coluna vertebral;
- Movimentar, sempre que possível, o utente por ralaamentos;



LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS



Enfª Laura Lamas Cardoso

V. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE



COMO SURGEM AS LMERT?

A adoção de posturas ou a execução de movimentos inadequados é, na maioria das vezes, a causa de LMERT.

São causadas por um conjunto de atividades ou gestos que pelas suas características/exigências vão para além da tolerância do corpo humano.



COMO PREVENIR?

Grande parte das dores e dores a nível músculo-esquelético podem ser prevenidas, se colocarem sempre em prática os princípios básicos de mecânica corporal, adotando uma postura correta ao movimentar o doente.

ASPECTOS GERAIS DA MOBILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIAS

- Realizar os posicionamentos/transferências em coordenação com a par;
- Usar roupa confortável;
- Usar calçada adequada;
- Criar o espaço para adequar a disposição da cama, se possível;



- Travar a cama (sempre que possível);
- Travar a cadeira de rodas/ cadeira;
- Elevar a cama em altura (sempre que possível);



- Segurar firmemente o utente (zona escapular, pélvica, supra cavada poplitea);
- Usar resguardo para mobilizar;
- Afastar ligeiramente os pés;



- Deslocar o peso do corpo na mesma direção do movimento que está a executar;
- Utilizar os músculos das pernas e anco (fletir e estender os joelhos);
- Evitar doances excessivos.



APÊNDICE VII- PANFLETO “ALONGAMENTOS”



Sentado, inclinar o corpo para a frente, tentando encostar as mãos no chão, deixando o calcanhar e a tórax sobre as costas.
Levantar lentamente elevando suavemente o calcanhar até a posição inicial.

Colocar uma das pernas sobre um apoio que não seja muito alto. Estender essa perna mantendo o pé recto com os dedos virados para cima.
Inclinar a tórax para a frente, mantendo as costas rectas.



Inclinar a tórax para a frente, apoiando as duas mãos numa parede.
Deixar uma perna e esticar a outra para trás, de modo a que o calcanhar não saia do chão. Projectar o corpo para a frente até que sinta alongar a perna esticada.

Com as mãos apoiadas sobre uma mesa esticar as pernas deixando a tórax e mantendo as costas bem rectas. As pernas devem permanecer esticadas e os pés paralelos, afastados na largura da quadra.



Aproveitar os momentos livres para relaxar!



Enfª Laura Lúcia Cardoso

V. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

REABILITAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE



ALONGAMENTOS

Os alongamentos são um conjunto de exercícios que têm por objetivo manter a mobilidade da sua coluna e reduzir a tensão psicológica e músculo-esquelética.

Tempo necessário 10 minutos.



Manten as ombros relaxados.
Fazer movimentos com a cabeça de "sim" e "não".

Manten as ombros relaxados.

Girar a cabeça lentamente e alternadamente.



Inclinar a cabeça para a lado direito com a ajuda da mão direita e depois para o lado esquerdo com a ajuda da mão esquerda.



Em pé ou sentado, respirar fundo elevando os ombros com as quatuorcentas encostadas às paredes e expirar voltando-se sobre o corpo.



Fazer movimentos giratórios no sentido:
• Frente - trás
• Trás - frente.

Dirigir a cabeça para a direita, deixando a cabeça para a esquerda e conduzi-la para baixo com a mão oposta.



Com as pernas afastadas do corpo, entrelaçar os dedos, mantendo as pernas esticadas e os ombros relaxados, distender as pernas do corpo dentro do limite.

Esticar as pernas para cima e entrelaçar suavemente os dedos.
As palmas das mãos devem estar viradas para cima.



Sentado ou de pé, puxar um braço sobre a cabeça segurando o punho com a outra mão.
Inclinar lateralmente alongando a parte lateral da tórax.



Com as ombros relaxados, esticar as pernas mantendo-as elevadas ligeiramente acima do nível da cabeça, com a palma da mão voltada para fora (como se estivesse a fazer o sinal de "stop").
Puxar uma mão sobre a outra, em direção ao corpo.
Alargar o movimento - com a ponta do braço, a palma da mão para dentro e dedos para baixo.

Unir as palmas das mãos à altura do peito estendendo o punho.
Fazer este exercício levando as mãos e separando as palmas sem separar os dedos.



Entrelaçar os dedos e fazer movimentos ondulantes com o antebraço, mãos e dedos.



Distender e puxar segurando o pé com a mão da mão oposta e puxar o calcanhar na direção das nádegas.

APÊNDICE VIII – GRELHA DE ANÁLISE DE PRÁTICAS ERGONÓMICAS

Grelha de Análise de Práticas Ergonómicas		SIM	NÃO	NA
GESTÃO DO AMBIENTE	1. Usa calçado e roupa adequada à função			
	2.Trava a cama			
	3.Trava o cadeirão/cadeira de rosas			
	4.Eleva a cama ao nível da sua cintura (se aplicável)			
	5.Gere o espaço para adequar a disposição da cama (se aplicável)			
	6.Realiza os posicionamentos/transferências do utente em coordenação com o par			
MOBILIZAÇÃO DO UTENTE	7.Coloca-se o mais próximo da cama e mantém o utente mais próximo de si			
	8.Afasta ligeiramente as pernas e coloca um pé à frente para obter uma base de sustentação adequada			
	9.Movimenta os membros inferiores de acordo com o movimento que está a executar			
	10.Mantém a coluna vertebral numa posição de acordo com a sua curva natural, evita movimentos de rotação e flexão			
	11.Segura firmemente o utente usando as palmas da mão na zona escapular, pélvica, supra cavado poplíteo			
	12.Usa resguardo para mobilizar o utente no sentido lateral/ascendente e descendente na cama			
	13.Movimenta, sempre que possível, o utente por rolamento			
	14.Desloca o peso do seu corpo na mesma direção do movimento que está a executar			
	15.Utiliza os músculos dos membros inferiores aquando do levante do utente			
	16. Evita alcances excessivos			

Fontes:

- 1) Matos (2017) - A Intervenção Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Na Comunidade.
- 2) Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho - E-Fact 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde.

Legenda:

NA- Não Aplicável

APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Código: _____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Agradecemos a sua colaboração durante este estudo, solicitando por último o preenchimento deste questionário, que visa avaliar a sua satisfação relativamente à adequação e impacto do tema no seu desempenho no contexto de trabalho e pessoal.

Responda, assinalando a alínea que considera correta.

1. Considera que os conteúdos ministrados têm aplicação prática, no seu contexto de trabalho?

- A. Máxima aplicação prática
- B. Bastante aplicação prática
- C. Alguma aplicação prática
- D. Pouca aplicação prática
- E. Nenhuma aplicação prática

2. Considera que o tema tem impacto na sua vida pessoal?

- A. Muito útil
- B. Útil
- C. Pouco útil
- D. Nada útil

3. Relativamente à sessão formativa, classifique-a, mediante o seu grau de importância:

- A. Muito Importante
- B. Importante
- C. Pouca importância
- D. Sem importância

4. Pensando em termos de organização da sua equipa de trabalho (trabalho a pares), considera que os conteúdos práticos abordados facilitam o desempenho da mesma?

- A. Muito útil
- B. Útil
- C. Pouco útil
- D. Nada útil

5. Após a sessão de formação, aplicou os conhecimentos adquiridos em que situações?

- ☐ Trabalho a pares
- ☐ Trabalho individual
- ☐ Na presença de investigador
- ☐ A nível pessoal (trabalho doméstico e/ou outras atividades)

6. Que aspetos posturais considera mais difíceis de aplicar durante a realização de posicionamentos e transferências de utentes?

- ☐ Ajustar a cama, se possível, em altura ao nível da anca
- ☐ Ter uma postura com a coluna alinhada
- ☐ Evitar alcances excessivos
- ☐ Afastar as pernas ligeiramente
- ☐ Colocar um pé ligeiramente à frente do outro
- ☐ Utilizar músculos das pernas e das ancas (flexão e extensão dos joelhos)
- ☐ Deslocar o peso de acordo com o movimento que está a executar
- ☐ Segurar firmemente o cliente (omoplatas, cintura e região posterior do joelho)
- ☐ Utilizar equipamentos auxiliares

8. Considera que os conhecimentos adquiridos nesta formação podem levar à diminuição da intensidade da sua dor no final do dia de trabalho?

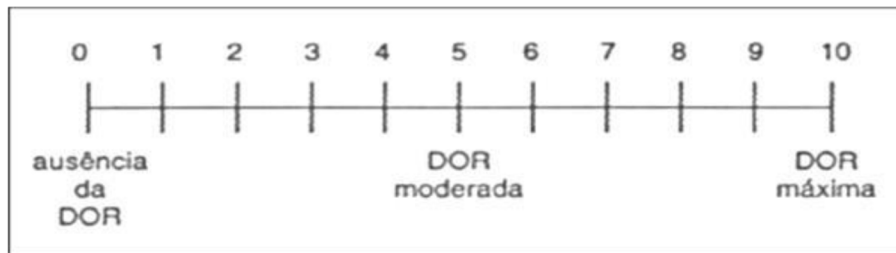
- A. Muito útil
- B. Útil
- C. Pouco útil
- D. Nada útil

9. Mantém algum dos seguintes sintomas?

- ☐ Sensação frequente de desconforto, cansaço ou peso
- ☐ Sensação de formigueiro
- ☐ Dificuldade em fazer movimentos com os braços, mãos, dedos, pernas e pés
- ☐ Edema

Qual a localização? _____

10. Por favor, assinale, a intensidade da dor que sente ou sentiu nos últimos sete dias.



11. Sentiu necessidade de tomar medicação para diminuir a dor?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Mantém o uso de dispositivos para diminuir a dor/prevenir lesões?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual? _____

13. Sugestões/Comentários: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Mestranda Laura Cardoso (Enfermeira)

APÊNDICE X- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DA IPSS

Exº Sr Presidente da Direção do Centro Social e Paroquial

Eu, Laura Leiras Cardoso, Enfermeira, encontro-me a frequentar o V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, estando a realizar a Dissertação de Mestrado. Neste âmbito pretendo efetuar um estudo cujo tema é “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”, sendo orientado pela Doutora Clara de Araújo, docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viana do Castelo

Este trabalho tem como finalidade major a promoção da saúde e a prevenção de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), das Assistentes Operacionais (AO), que desempenham funções no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Para isso, pretendo concretizar os seguintes objetivos gerais:

- ☐ Analisar as posturas adotadas pelas AO aquando dos posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio;
- ☐ Promover mudanças ao nível das posturas adotadas durante os posicionamentos e transferências de utentes, no domicílio.

Especificamente pretende-se:

- ☐ Informar e formar AO sobre o risco de LMERT no desempenho da sua atividade profissional;
- ☐ Capacitar as AO para aquisição de posturas corretas durante os posicionamentos e transferências de utentes.

A fase de recolha de dados ocorrerá entre outubro e novembro de 2018.

Para a recolha de dados pretendo elaborar várias sessões. Inicialmente uma sessão coletiva de motivação e esclarecimento sobre os objetivos e finalidade do estudo, proceder ao preenchimento de um questionário sociodemográfico e clínico. De seguida proceder ao registo fotográfico para análise das posturas adoptadas durante a prestação de cuidados *in loco*. Novamente realizar uma sessão em grupo e abordar conceitos básicos para minimização de posturas de risco.

Em ambas as fases, as sessões coletivas terão a duração média de trinta a quarenta e cinco minutos e as individuais decorrerão em horário laboral. A recolha de fotografias e os dados obtidos no questionário serão tratados de uma forma confidencial. Também

será garantido a todas as AO, através do consentimento informado, que a sua participação é voluntária, nunca sendo prejudicadas no caso de não participarem.

Assim, venho por este meio solicitar que me seja autorizada a aplicação dos referidos instrumentos às AO, sendo que entrego a versão final da Dissertação em substituição do projeto que vos apresento.

Em anexo a este pedido, envio cópia do consentimento informado que utilizarei, do questionário sociodemográfico e clínico, bem como do projeto da referida investigação.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível através do e-mail: laura91cardoso@gmail.com

Certa de um parecer favorável ao meu pedido agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Laura Cardoso

Data ____/____/____

APÊNDICE XI – CONSENTIMENTO INFORMADO (FAMÍLIAS)

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Laura Leiras Cardoso, a frequentar o V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Doutora Clara de Araújo encontro-me a efetuar uma Dissertação de Mestrado intitulada: “Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Cuidados Domiciliários. Reabilitar para a Promoção da Saúde”, para obtenção de grau de Mestre. Os objetivos do estudo são analisar e promover mudanças das posturas adotadas pelas Assistentes Operacionais (AO) aquando dos cuidados prestados, aos utentes, nos domicílios; informar e formar sobre os riscos de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho e capacitar as AO para a aquisição de posturas corretas durante os cuidados domiciliários.

Apelo à vossa autorização para observar e fazer registo fotográfico das posturas adotadas pelas Assistentes Operacionais aquando dos cuidados prestados no seu domicílio.

A informação recolhida será anónima e confidencial e apenas utilizada, exclusivamente, para o presente estudo, pelo que é salvaguardada desta forma a privacidade da pessoa cuidada e sua família, bem como das Assistentes Operacionais.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento não hesite em contactar-me através do e-mail: laura91cardoso@gmail.com

Desde já o meu muito obrigado pelo tempo despendido.

Laura Cardoso

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira Laura Cardoso. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome Participante: _____

Assinatura: _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD N°: datado de...../...../..... validade/...../.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

1 <http://portal.arsnorte.min->

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>